



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Ana Paula Freneda de Freitas

**NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES QUE FAZEM SEXO
COM MULHERES E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Mestrado Profissional

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

**Botucatu
2017**

Ana Paula Freneda de Freitas

NECESSIDADES DE SAÚDE DE MULHERES QUE
FAZEM SEXO COM MULHERES E ACESSO A
SERVIÇOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem – Mestrado
Profissional.

Orientadora: Profa.Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Botucatu
2017

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Freitas, Ana Paula Freneda de.

Necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres e acesso a serviços de saúde / Ana Paula Freneda de Freitas. - Botucatu, 2017

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Capes: 40406008

1. Homossexualidade feminina. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde;
Homossexualidade feminina; Saúde sexual e reprodutiva.

Trabalho realizado com suporte financeiro da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de
São Paulo. (FAPESP, Processo 2015/14769-
0).

Dedicatória

***A Deus e Nossa Senhora Aparecida**, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, pelas bênçãos a mim concedidas em cada etapa deste estudo, por me darem muita sabedoria, força e paciência nos momentos difíceis, de vários choros, e mostrarem-me o melhor caminho.
Obrigada por permitirem chegar até aqui!*

“Entrega o teu caminho ao senhor, confia nele e ele tudo fará.”

Salmos 37:5

*Aos meus pais **Antonio e Cleuza**, por todo apoio e força nesta longa jornada, sempre me incentivando nos estudos e fazendo com que eu me tornasse uma pessoa melhor. **Sem o esforço de vocês eu não chegaria até aqui. Obrigada por tudo que vocês fazem por mim! Amo vocês!***

Agradecimentos Especiais

À Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Que desenvolve um trabalho excelente, da melhor qualidade, um exemplo de profissional e de ser humano, que me inspira todos os dias e que a cada encontro me ensinou, me fez refletir e que me fez valorizar mais os estudos. Muito Obrigada por ter me dado esta oportunidade de fazer este trabalho, por todo aprendizado tanto profissional, quanto pessoal! Obrigada por ter acreditado e confiado em mim! Ainda tenho muito a aprender com você. Que Deus continue dando-lhe muita sabedoria, por onde passar, sendo luz no caminho das pessoas. Minha eterna gratidão...

À Profa. Dra. Cássia Marisa Manoel,

Minha querida professora que me acompanha desde a época do Aprimoramento em Saúde Pública. Obrigada por todo aprendizado compartilhado, profissional e pessoal, pela amizade, confiança e todo apoio nesta jornada.

Foi um presente divino conhecê-la e agradeço pelos momentos bons e difíceis, todos de muito aprendizado e risos, o que tornou o trabalho mais leve. Foi um enorme prazer ser sua aluna e ter trabalhado com você. Agradeço também por todas as contribuições no exame de qualificação. Minha eterna gratidão...

Às queridas companheiras de projeto Enfa. Juliane Andrade e Enfa. Mariana Alice de Oliveira Ignácio. *Foram dois anos de muita dedicação e esforço para realização deste projeto, e a caminhada foi mais leve ao lado de vocês. Obrigada por cada momento vivido e que será uma experiência que vamos levar para o resto da vida. Obrigada por todo apoio e amizade.*

Agradecimentos

A supervisora do Centro de Saúde Escola – FM B– UNESP Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino e vice-supervisora Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira pelo incentivo e pela valorização deste trabalho. Obrigada por todas as oportunidades a mim oferecidas.

Aos funcionários do Centro de Saúde Escola, em especial aos amigos da Unidade Vila Ferroviária, obrigada pela ajuda direta, sempre de prontidão para me apoiarem, para que este trabalho se concretizasse.

Em especial a querida companheira de trabalho Enfa. Fabiana Amadeu. Obrigada por toda ajuda nesta jornada, por todo incentivo, colaboração e pela compreensão em minhas ausências. Obrigada pela amizade e pelo ouvido atento e carinhoso. Meu sincero e carinhoso agradecimento.

A toda equipe do Laboratório de Imunopatologia da Relação Materno-Fetal que realizou grande parte das análises laboratoriais envolvidas nesta pesquisa e, em especial, à Prof^ª. Dr^ª. Márcia Guimarães da Silva, por compartilhar conosco toda sua experiência.

Ao Laboratório Clínico do HC-Unesp e Hemocentro de Botucatu, pelas análises laboratoriais.

À Secretaria Municipal da Saúde pelo apoio e À Direção do Espaço Saúde “Cecília Magaldi”, local onde foi realizada a coleta de dados e a todos os funcionários que nos ajudaram. Em especial à técnica de enfermagem Tânia e a auxiliar administrativa Bruna por toda colaboração e comprometimento com esta pesquisa.

Ao programa DST/Aids do município de Botucatu, em nome de sua coordenadora, Enfermeira Mestre Juliane Andrade, por toda parceria e comprometimento com o projeto. Às agentes estratégicas Cecília, Adriana Silva, Renata, Viviane e Adriana Oliveira, pelo convívio, incentivo, apoio, disponibilidade e atenção dispensados. À Dra. Isabel Lhanos, pelo apoio e experiência compartilhada.

Às Enfas. Vivian, Scarlet, Stéfanie e Silvania e alunas do curso de graduação em enfermagem–UNESP que nos ajudaram na coleta de dados. Obrigada por toda colaboração e disponibilidade.

Ao prof. Hélio R. C. Nunes pelas análises estatísticas.

À Profa. Dra. Andrea Cronemberger Rufino e Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, pelas importantes contribuições no exame geral de qualificação,

Às minhas queridas amigas de infância, Carina, Fernanda e Juliana, obrigada por todo apoio, incentivo e pela grande amizade de 20 anos. Como é bom ter vocês ao meu lado!

À minha querida amiga Daniela, minha irmã de coração, obrigada por todo incentivo e amizade!

*Aos professores e alunos da pós-graduação e funcionários do Departamento de **Enfermagem** pelo convívio, incentivo e conhecimento compartilhado.*

*Minha gratidão especial
A todas as mulheres que participaram deste projeto e que depositaram a confiança para que esta
investigação acontecesse. Muito obrigada!*

“A Sexualidade, enquanto possibilidade e caminho de alongamento de nós mesmos, de produção de vida e de existência, de gozo e de boniteza, exige de nós essa volta crítico-amorosa, essa busca de saber de nosso corpo. Não podemos estar sendo, autenticamente, no mundo e com o mundo, se nos fecharmos medrosos e hipócritas aos mistérios de nosso corpo ou se os tratarmos, aos mistérios, cínica e irresponsavelmente”. **Paulo Freire**

*“E a gente vai à luta
E conhece a dor
Consideramos justa toda forma de amor...”*
Lulu Santos

“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos. Não é o quanto damos, mas quanto amor colocamos em dar”.

Madre Teresa de Calcutá

"Aquele que se apóia em uma vontade firme, vive um mundo a seu gosto."

Johann Wolfgang Von Goethe

RESUMO

FREITAS, A.P.F.2016. **Necessidades de Saúde de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres e Acesso a Serviços de Saúde**. 92 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

Introdução: Acesso e acolhimento são elementos essenciais para que se possa intervir de forma satisfatória no estado de saúde da população. A literatura nacional traz poucos estudos abordando o acesso aos serviços e cuidado com a saúde entre mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM). **Objetivo:** Analisar o acesso a serviços de saúde e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, sob o enfoque das políticas públicas de saúde. **Método:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico que integra estudo mais amplo sobre acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de MSM. A amostra intencional de 149 MSM foi constituída por meio da Técnica de Amostragem Bola de Neve, indicação de profissionais de saúde e liderança LGBT (de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) e por procura espontânea, a partir da divulgação do projeto nas redes de sociabilidade, comunicação de massa, serviços de saúde e grupos de ativismo. As variáveis independentes estudadas foram: sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, clínico-ginecológicas e reprodutivas, relacionadas ao acesso a serviços de saúde e a variável desfecho foi escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Os dados foram obtidos pelas pesquisadoras envolvidas no estudo mãe, de janeiro de 2015 a dezembro de 2016, por meio da aplicação de um questionário, exame ginecológico para o diagnóstico de HPV (Papiloma Vírus Humano), *Chlamydia Trachomatis*, *Neisseria Gonorrhoeae* e *Trichomonas Vaginalis* e coleta de sangue periférico para diagnóstico das infecções pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), Vírus da Hepatite B e Sífilis. Para análise dos dados empregou-se a estatística descritiva e as associações foram verificadas pelo teste Qui Quadrado, por meio de ajustes de modelos de regressão linear, com resposta normal e de regressão linear múltipla. **Resultados:** Predominaram as mulheres brancas (74,5%), não unidas (73,2%), que tinham atividade remunerada (73,2%), alguma religião (74,5%) e com oito anos e mais de estudo concluídos (96,0%). A mediana de idade foi de 27 anos (18-62) e a renda familiar *per capita* de R\$1.000,00 (133,33-15.000,00). A maioria tinha histórico de relacionamento sexual com homens durante a vida (74,2%) e, no último ano, apenas com mulheres (77,2%). A maioria utilizava o serviço público de saúde (84,0%), procurava Unidades Básicas de saúde (70,5%) e pronto-socorro (67,8%), somente quando adoeciam/sentiam algum desconforto (70,0%) e 47,6% não revelavam a prática sexual com mulheres para os profissionais de saúde. As dificuldades/barreiras encontradas na procura por serviços de saúde e/ou no atendimento dos profissionais e/ou à satisfação de necessidades pelos serviços foram relatadas por 77 (51,7%) mulheres, sendo que 66,1% delas relacionaram-se à estrutura e organização dos serviços de saúde e 33,9% à relação profissional de saúde- usuário. A mediana do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva foi de 4 pontos (0- 7), tendo em vista que este poderia variar de 0-8 pontos. A maioria das mulheres não realizava atendimento ginecológico anual (54,4%), não estava com a Citologia Oncótica em dia (63,1%), tinha relação sexual após o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas (71,8%), não utilizava preservativo nas relações sexuais anais e vaginais (87,9%), tinha diagnóstico de alguma IST (Infecção Sexualmente Transmissível) (51,7%) e, 47,0% não haviam realizado sorologia para IST/aids. A maioria das mulheres era tabagista (55,0%) e 34,9% utilizavam drogas ilícitas. As variáveis independentemente associadas ao escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva foram idade, utilização de tabaco, de drogas ilícitas, ter se relacionado sexualmente com seis ou mais mulheres na vida, relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas e uso de preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais. Não houve associação escore de cuidado com ter ou não histórico de relação sexual com homens na vida. Diante dos resultados obtidos na presente investigação, realizaram-se duas

oficinas de sensibilização dirigidas aos profissionais de saúde de todas as categorias, atuantes na Atenção Básica do município de Botucatu. Estas tiveram por objetivo a sensibilização dos profissionais sobre as necessidades de saúde de MSM e proporcionar reflexão referente às suas práticas em relação a esse grupo. Foram propostas várias estratégias pelos participantes como: educação permanente de todos os profissionais e educação em saúde voltada à população em geral, acerca desta temática, revisão de instrumentos de sistematização, utilizados na assistência, que favoreçam a revelação da prática sexual com mulher e organização e distribuição de material educativo sobre cuidado com a saúde para MSM, dentre outras.

Conclusão: Apesar de a maioria das MSM terem acesso aos serviços de saúde, apresentaram muitas lacunas no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, apontando para vulnerabilidade individual, social e programática às IST, comprovada pela elevada prevalência desses agravos. Necessidades de saúde específicas deste grupo podem deixar de estar sendo identificadas e abordadas pelos profissionais de saúde, uma vez que grande parte delas não revelou a prática sexual com mulher. Desta forma, o presente estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes, voltadas à promoção da saúde integral de mulheres que fazem sexo com mulheres, à medida que aponta contexto de vulnerabilidade e de necessidades, relativas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres, residentes no interior do Estado de São Paulo.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde, Homossexualidade Feminina, Saúde Sexual e Reprodutiva.

ABSTRACT

FREITAS, A.P.F..2016. **THE HEALTH NEEDS OF WOMEN WHO HAVE SEX WITH WOMEN AND THEIR ACCESS TO HEALTH SERVICE**. 92 f. Thesis (Master) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2017.

Introduction: Before proposing any intervention to improve health services of a given population, it is essential that health care is provided and the population is able to access these services. In this regard, there is a gap in the literature related to the access to health care among Brazilian women who have sex with women (WSW). **Objective:** The study presented here analyses the access to health services and the care given to these women, mainly concerning reproductive and sexual health. It focuses on public health policies. **Methods:** This study was based on the analyses of observational, transversal and descriptive studies, which are part of a research project that investigates the access that WSW have to health services, mainly reproductive and sexual health care. The sample size of 149 women was achieved through chain referral sampling mode. The participants were indicated by health professionals or LGBT activists (lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender). Also, some participants were volunteers interested in the project as it was promoted in social media, mainstream media, through healthcare service and activism groups. The variables in study were the following: socio-demographics, drugs consumption, behavioural, sexual practices, clinical-gynaecologist and reproductive, and those related to access to health services. The outcome variable was the reproductive and sexual health care score. The data was gathered by the researchers in the main research project during two-year period - from January 2015 until December 2016 - who applied a questionnaire, combined with gynaecologic exam and blood test used to detect infections of HIV (Human immunodeficiency virus), hepatitis B virus, HPV (Human papillomavirus), *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* and syphilis. Descriptive statistics was used to analyse the data, the associations were verified by Chi-squared test, using linear regression modelling with normal and multiple linear regression responses. **Results:** The data analysis showed the predominance of white women (74,5%), single (73,2%), employee (73,2%), religious (74,5%) and who had been educated during eight or more years (96,0%). The median age of the participants was 27 years old (18-62) and the family monthly income of R\$1.000,00 (133,33 - 15.000,00). The majority had had men sexual partners previously (74,2%) but, in the last year woman partners only (77,2%). The majority used the public health services (84,0%), used Health Care Units (70,5%) and Hospital Emergency Units (67,8%), only when had an illness or some type of discomfort (70,0%) and 47,6% did not disclose their sexual preferences and practices to health professionals. Seventy seven women (51,7%) reported some kind of difficulties or barriers they found when seeking for health services; when being attended by health professionals and/or regarding having their needs fulfilled by the health services. Most of the barriers (66,1%) were related to the organizational structure of the health services provided, whilst 33,9% were related to the health care professional and the health care patient. The median of reproductive and sexual health care score was four points (0-7), considering that the score could vary between 0-8 points. Annual gynaecologic appointment/or exam were neglected by the majority of the women (54,4%); others did not have a valid cervical smear test (63,1%); the majority had sexual relations after alcohol and/or drugs consumption (71,8%); most did not use any preservatives in sexual relations, whether anal or vaginal (87,9%); more than a half (51,7%) had been diagnosed some kind of STI (Sexually Transmitted Infections) and; 47,0% did not take serologic blood tests to identify STI/ AIDS. It

was observed among the participants a high percentile of smoker women (55,0%) and drugs users (34,9%). The independent variables associated with reproductive and sexual health care score were: age; whether they smoke; whether they use drugs; had sex with six or more women; had sexual relations after alcohol and/or drugs consumption; and, the use of preservatives in sexual relations, whether anal or vaginal. It was not found a correlation between had had men sexual partners previously and the care score. Following the analysis of the results of the present investigation, two workshops were organised targeted at health care professionals of different organisational levels of Basic Care in Botucatu municipality. The workshops were conducted to promote the health needs of WSW and to discuss the current practices related to this group. Several strategic actions were proposed by the participants of the workshop, among them were: continuous information and training to health care professionals; dissemination of WSW health care needs to wide population; review of instruments and data systematisation used to assist WSW that support the women to feel comfortable to talk about their sexual practices; organisation and distribution of informative material regarding WSW health and care. **Conclusion:** Although the majority of the WSW has access to health services, they did not fulfil their needs regarding reproductive and sexual health care. Therefore, they were individually, socially and programmatically vulnerable to STI, which was reflected in the high prevalence of STI among the participants. Their health care needs possibly can be neglected by health care professionals, as the majority of WSW did not reveal their sexual practices to them. In this way, by contextualising the vulnerability and needs related to reproductive and sexual health of women living in the country side of Sao Paulo province, the present study contributes to the planning of strategic actions to promote the health care services target at women who have sex with women.

Keywords: Heath care service access; Female Homosexuality; Reproductive and Sexual Health.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016	47
Tabela 2 – Perfil relativo ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016	49
Tabela 3 – Características clínico-ginecológicas e reprodutivas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016.....	50
Tabela 4 – Aspectos relativos ao acesso a serviços de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015-2016.....	52
Tabela 5 – Barreiras/dificuldades de acesso aos serviços de saúde e/ou no atendimento dos profissionais e/ou à satisfação de necessidades de saúde. Botucatu, 2015- 2016.	53
Tabela 6 – Associação entre descontentamento com a relação profissional de saúde- usuário e revelação da prática sexual com mulher (n=149). Botucatu, 2015- 2016	54
Tabela 7 – Mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149), segundo variáveis de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva selecionadas. Botucatu, 2015-2016.....	55
Tabela 8 – Mediana do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, segundo histórico de relação sexual com homem na vida. Botucatu, 2015-2016	56
Tabela 9 – Regressão linear simples entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis sociodemográficas, relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais selecionadas. Botucatu, 2015-2016.....	58
Tabela 10 – Regressão linear simples entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis clínico-ginecológicas e reprodutivas selecionadas. Botucatu, 2015-2016	59
Tabela 11 – Regressão linear simples e múltipla entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis sociodemográficas, relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, clínico-ginecológicas e reprodutivas selecionadas. Botucatu, 2015-2016.....	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI).....	36
Figura 2 – Diagrama de constituição da amostra	38
Figura 3 – Mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149), segundo a pontuação do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Botucatu, 2015-2016.	55

LISTA DE ABREVIATURAS

MSM	Mulher que faz sexo com Mulher
MSMH	Mulher que faz sexo com Mulher e com Homem
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ECS	Escore de Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
MS	Ministério da Saúde
HPV	Papiloma vírus Humano

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	23
1.1	Contexto das Políticas Públicas de Saúde para MSM	23
1.2	Acesso a serviços de saúde por MSM.....	27
1.3	Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM	29
2	OBJETIVOS.....	34
2.1	Objetivo Geral.....	34
2.2	Objetivos Específicos	34
3	MÉTODO	35
3.1	Desenho e campo de estudo.....	35
3.2	População, amostra, critérios de inclusão e exclusão	35
3.3	Variáveis em Estudo	39
3.4	Coleta de dados	44
3.5	Referencial de análise.....	44
3.6	Análise dos dados	45
3.7	Procedimentos Éticos.....	45
4	RESULTADOS	47
4.1	Caracterização da amostra	47
4.2	Acesso a serviços de saúde	51
4.3	Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.....	54
4.4	Oficina de sensibilização de profissionais da saúde.....	62
5	DISCUSSÃO.....	65
6	CONCLUSÃO.....	76
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	84
	APÊNDICES	86

APRESENTAÇÃO

Desde meu curso de graduação em enfermagem tenho interesse pelo trabalho desenvolvido na Atenção Básica. Sempre gostei das atividades de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde das pessoas, em especial, na área Saúde da Mulher. Quando fiz o aprimoramento em Saúde Pública, pela Universidade Estadual Paulista- UNESP, junto ao departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina Botucatu, comecei a atuar nas diversas áreas da Saúde Pública. Este fato contribuiu para que meu interesse pela área Saúde da Mulher aumentasse, visto que pude vivenciar, durante o curso, o importante trabalho que o enfermeiro desenvolve junto a este grupo populacional.

Após finalizar o curso de aprimoramento em Saúde Pública, fui contratada como enfermeira do Centro de Saúde Escola - Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu FMB/UNESP, onde permaneço até os dias atuais. Por ser uma unidade escola, a participação no ensino de graduação e pós-graduação faz parte das minhas atribuições. Desta forma, recebo alunos da graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu de várias disciplinas, dentre elas, Enfermagem em Saúde Coletiva. Este trabalho tem me trazido muito aprendizado, gratificação e proporcionado oportunidades de crescimento profissional.

Em decorrência deste envolvimento com a graduação em Enfermagem, conheci a professora Dra. Marli T Cassamassimo Duarte, pesquisadora na área de Saúde da Mulher, que me convidou para participar de um projeto voltado às mulheres que fazem sexo com mulheres. Fiquei muito feliz com o convite e aceitei, apesar de sentir que seria um grande desafio. Desta forma, iniciei o mestrado profissional em Enfermagem com a temática “Saúde da Mulher que faz sexo com Mulher” e após levantamento bibliográfico intenso, percebi a

escassez de estudos nacionais voltados a este público e, especialmente, quanto ao acesso aos serviços e cuidados com a saúde.

Acreditando que as pesquisas possam contribuir com a melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como, com a elaboração de novas políticas públicas de saúde para este público, passei a me dedicar a este estudo.

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação tem como foco o acesso aos serviços de saúde e o cuidado com a saúde, especialmente a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).

A orientação sexual pode ser descrita por três dimensões: 1) Comportamental: mulheres que têm práticas sexuais com outras mulheres. Nesta dimensão incluem-se aquelas mulheres que não se autodefinem como lésbicas, nem bissexuais; 2) Dimensão do desejo/atração, levando-se em consideração o comportamento e a prática sexual, incluindo mulheres que sentem desejo por mulheres, mas não mantêm práticas sexuais com as mesmas e 3) Dimensão de identidade, incluem-se mulheres que se autodefinem como lésbicas ou bissexuais e mantêm relações afetivo-sexuais com outras mulheres. Nesta dimensão há composição das dimensões comportamental e do desejo (Sell e Petruccio, 1996).

Ao longo desta pesquisa será empregado o termo “mulher que faz sexo com mulher”, considerando-se a dimensão comportamental: mulheres que têm práticas sexuais com outras mulheres.

1.1 Contexto das Políticas Públicas de Saúde para MSM

Na década de 1970 a atenção à saúde da mulher no Brasil era voltada apenas para o ciclo gravídico-puerperal (Leão e Marinho, 2002; Villela e Monteiro, 2005). Apenas no início da década de 1980, observa-se forte mobilização dos movimentos feministas que reivindicavam junto ao Ministério da Saúde (MS), que a mulher fosse atendida em todas as fases de sua vida, não apenas no ciclo gravídico-puerperal (Osis, 1998; D’Oliveira, 1999; Souto, 2008; Brasil, 2013a).

Apoiado por um grupo que reunia pesquisadores, feministas, sanitaristas, o MS elaborou com os mesmos, em 1983, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propondo que a mulher tivesse acesso à rede de serviços de saúde e fosse vista na sua integralidade e em todos os ciclos vitais: pré-natal, parto, puerpério, da adolescência à terceira idade, na prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, no rastreamento do câncer cérvico-uterino e mamário, assistência para o planejamento familiar. Entretanto, manteve-se a exclusão das mulheres com práticas homoafetivas, que permaneceram invisíveis à política de saúde, sexual e reprodutiva (Osis, 1998; D'Oliveira, 1999; Carrara, 2005; Souto, 2008).

Apenas 20 anos depois, em 2003, com a participação social na elaboração de políticas públicas de saúde, surgiu na área Saúde da Mulher a necessidade do MS incluir novas ações voltadas para a diversidade da condição feminina de mulheres lésbicas, negras, portadoras de deficiências e rurais (Souto, 2008), sendo elaborada e proposta, no ano de 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Mulher (PNAISM), que contemplou, em seu plano de ação, os grupos citados acima (Brasil, 2005a).

Em 2005, o MS elaborou um documento “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, no qual apresenta as diretrizes para garantir os direitos de homens e mulheres, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, com enfoque, principalmente, no planejamento familiar, que não contemplou a população homossexual (Brasil, 2005b). Com o “Livreto para mulheres lésbicas e bissexuais” o MS em 2006, inclui orientações sobre cuidado com a saúde da mulher, sexualidade e legislação para este grupo populacional (Brasil, 2006).

No ano de 2008 aconteceu a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e, logo em seguida, em 2009, é lançado pelo MS

o Caderno de Saúde Sexual e Reprodutiva, que articula a promoção dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de LGBT (Brasil, 2009).

Apenas em 2011 é que o MS lança a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), por meio da Portaria nº2.836, de 1º de dezembro de 2011. Esta tem por objetivos, dentre outros, instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, território e outras congêneres; ampliar seu acesso à saúde; qualificar a informação sobre características específicas dessa população; oferecer assistência integral no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis (IST), com ênfase ao HIV/aids e hepatites virais e garantir os direitos sexuais e reprodutivos dessa população, no âmbito do SUS (Brasil, 2011a). Estender o acesso aos serviços de saúde à população LGBT, de forma a garantir o respeito, proporcionar um atendimento resolutivo com qualidade e qualificar a rede de serviços SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde é, também, uma das propostas dessa política (Brasil, 2013a).

A fim de sensibilizar os gestores e profissionais de saúde para melhor acolher às demandas de mulheres lésbicas e bissexuais e contribuir, assim, para seu cuidado integral e proporcionar maior visibilidade a esse grupo, em 2013, o MS lança a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”. Nesta, ressalta a importância da participação social na construção de políticas públicas, com maior enfoque na saúde, considerando as especificidades dessas mulheres (Brasil, 2013b).

Oficina promovida pela Secretaria de Política para Mulheres e pelo MS, com o tema “Atenção à Saúde Integral de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”, em abril de 2014, teve como finalidade, aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados aos

profissionais de saúde, com relação à promoção e atenção à saúde integral desta população (Brasil, 2014).

Ainda buscando contribuir com a inclusão, enfrentamento do preconceito e garantir o acesso desse grupo, o MS, em setembro de 2015, lançou a campanha nacional “Cuidar da Saúde de Todas. Faz bem para a Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil”, sendo mais uma etapa da campanha “Políticas de Equidade”. Nesta mesma campanha foi lançado o site saúde LGBT, com informações sobre ações realizadas e legislação que envolve a prestação de serviços para esta população (Brasil, 2016a). Em abril de 2016, realizou-se a 3ª Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, com o tema: “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Nesta discutiu-se a efetividade e avaliação das políticas públicas, abordando a violência praticada contra a população LGBT, com o intuito de propor estratégias, articular e integrar ao Sistema Nacional de Promoção da Cidadania e Enfrentamento à Violência com as demais políticas públicas (Brasil, 2016b).

Mais recentemente, em 2016, o Ministério da Saúde lançou o Protocolo de Atenção Básica de Saúde da Mulher, destacando a necessidade das equipes de saúde estarem atentas à identidade lésbica, por constituir grupo vulnerável ao câncer do colo de útero e pela falsa crença dos profissionais de saúde e das próprias mulheres de que estas estão isentas da infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), na prática sexual entre elas (Brasil, 2016c).

Desta forma, observa-se que as MSM ficaram invisíveis frente às políticas públicas de saúde, por longo tempo, visto que foram incluídas ações voltadas para este público somente no ano de 2004 na PNAISM (Brasil, 2005a). Mesmo com a elaboração das políticas públicas, estudo apontou que quando essas mulheres buscam serviços de saúde,

ao revelar sua orientação sexual, não se sentem apoiadas pelos profissionais (Valadão e Gomes, 2011).

Portanto, reconhecer o direito à sexualidade de MSM, bem como as políticas voltadas para este público, implica em mudanças numa sociedade na qual o padrão heterossexual influencia a conduta dos profissionais, cuja prática é heteronormativa e discriminatória (Nobrega et al., 2013).

1.2 Acesso a serviços de saúde por MSM

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Varia ao longo do tempo e de acordo com o contexto e, da mesma forma, quanto à terminologia empregada – acessibilidade e acesso. Porém, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta e, quanto à sua abrangência, há uma tendência entre os autores de ampliação do escopo, com deslocamento do seu eixo da entrada nos serviços para os resultados dos cuidados recebidos (Travassos e Martins, 2004).

O uso de serviços de saúde pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele, ao contrário, resulta de uma multiplicidade de fatores (Travassos e Martins, 2004; Travassos e Viacava, 2007).

Segundo Andersen (1995), a influência do acesso no uso de serviços de saúde é mediada por fatores individuais predisponentes, que existem previamente ao surgimento do problema de saúde e que afetam a predisposição das pessoas para usar serviços de saúde, como por exemplo, o gênero e valores; fatores capacitantes, que se constituem nos meios disponíveis às pessoas, para obterem cuidados de saúde e pelas necessidades de saúde, que são condições de saúde percebidas pelas pessoas ou diagnosticadas por profissionais de saúde

(Andersen, 1995). Quando o cuidado à saúde acontece de forma adequada, define-se que o indivíduo teve acesso ou acessibilidade aos serviços de saúde (Osis, 1998), sendo assim, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais para o atendimento de saúde à população, para que se torne possível intervir de forma satisfatória, no estado de saúde das pessoas (Lima et al., 2007).

A Constituição Federal de 1988 afirma a saúde como um direito universal, assegurado pelo Estado, entretanto há desigualdade e dificuldades, desde o acesso aos serviços de saúde até a concretização dos cuidados (Assis e Jesus, 2012).

No que se refere às pessoas homossexuais, dentre as dificuldades estão o preconceito e o próprio desconhecimento das suas reais necessidades de saúde, por não saberem os riscos aos quais estão expostas (Carvalho e Philippi, 2013). Muitas vezes as experiências negativas nos serviços de saúde distanciam MSM do cuidado com a saúde (Barbosa e Koyama, 2006).

Estudo internacional apontou que menos da metade das MSM estudadas realizavam exame de citologia oncológica anualmente (42%), 28% nunca tiveram suas mamas examinadas e cerca de 50% tinham alteração na flora vaginal (Moran, 1996). Portanto, reforça-se a importância de ações voltadas ao cuidado em saúde, nesta população.

Revisão sistemática da literatura, considerando o período de 2004 a 2014, apontou que a orientação não heterossexual foi fator determinante nas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e que muitas ações são necessárias para a garantia de acesso aos serviços e cuidados à saúde para esta população (Albuquerque et al., 2016). Estudos realizados na Alemanha (Hirsch et al., 2016), Austrália (Koh et al., 2014) e Nova York (Davis e Berlinger, 2014) apontaram a discriminação dos profissionais quanto à orientação sexual como principal barreira ao acesso a saúde.

Estudos nacionais apontaram que as MSM têm menor acesso ao serviço de saúde devido à discriminação e despreparo dos profissionais de saúde, o que contribui para a diminuição da assistência prestada (Barbosa e Facchini, 2009; Melo, 2010; Bento, 2012).

Estudo realizado em São Paulo demonstrou que apenas metade das MSM realizava consulta ginecológica anualmente e menos da metade realizava a citologia oncótica (Barbosa e Facchini, 2009).

Outro estudo nacional, conduzido em Recife (PE), observou que mulheres com perfil “masculinizado” tiveram menor acesso ao serviço de saúde, baixa frequência/ou nunca fizeram o exame de citologia oncótica e que profissionais da saúde acreditam que MSM têm menor risco de contrair uma IST, uma vez que somente as mulheres bissexuais estariam mais vulneráveis, por terem relação sexual com homem (Melo, 2010).

Quanto mais eficientes forem os serviços para conhecer as demandas de saúde das MSM, haverá mais ações de prevenção e promoção para esse público, que poderão ocorrer de diversas formas, como divulgação de informações por meio de palestras e campanhas, dentre outras estratégias (Egry e Oliveira, 2008; Hino et al., 2009).

1.3 Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM

Estudos internacionais que investigaram MSM apontam baixo uso regular de preservativos nas relações sexuais (Xiao-Fang et al., 2012; Rowena et al., 2013), baixo percentual de mulheres com o exame de papanicolaou em dia (Tracy et al., 2010) indicando déficit de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Evidenciaram, ainda, que a falta de cuidado de MSM para realização de exames preventivos é devido à baixa percepção de risco

de adquirirem IST, por terem relação sexual só com mulheres e que há escassez de estudos sobre necessidades de saúde voltados a essa população (Marrazzo et al., 2001; Marrazzo, 2004; Kerker et al., 2006).

O déficit de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM, igualmente, foi evidenciado em estudos nacionais: baixo uso regular de preservativos nas relações sexuais (Bertolin, 2010; Moraes e Esteves, 2011; Lima, 2016); falta de rastreio do câncer cérvico-uterino no período recomendado (Bertolin, 2010; Barbosa e Facchini, 2009) e não realização de exames sorológicos para diagnósticos de HIV/IST (Barbosa e Facchini, 2009).

Aspectos ligados ao acesso aos serviços de saúde, como apontados acima e a déficits no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva têm aumentado a vulnerabilidade das MSM às IST/aids e ao câncer de colo uterino (Brasil, 2016c).

Ayres et al. (2009) conceitua vulnerabilidade como:

O movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior ou menor vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres et al., 2009, p. 123).

Os mesmos autores descrevem que a vulnerabilidade pode ser analisada segundo três componentes interligados: individual (capacidade do indivíduo de elaborar informações, incorporá-las ao seu repertório de preocupações do dia a dia e transformá-las em práticas protegidas e protetoras, levando em conta o interesse e possibilidades), social (aspectos que não dependem somente dos indivíduos, como: escolarização, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, disponibilidades de recursos materiais, acesso a meios de comunicação, que vão influenciar no desenvolvimento de práticas protegidas e protetoras) e programáticas (esforços programáticos são necessários para que os recursos sociais sejam distribuídos de

forma democrática e efetiva e façam com que os indivíduos não se exponham e se protejam daquilo que lhe cause danos à saúde. O fortalecimento dos indivíduos diante de danos à sua saúde está diretamente relacionado à qualidade de compromissos, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidados) (Ayres et al., 2003; Meyer et al., 2006).

Ao estudar a vulnerabilidade, no campo das infecções transmissíveis, busca-se compreender, enfrentar os problemas e agravos em saúde, progredir nas análises epidemiológicas, com elaboração de intervenções apropriadas e instrumentos para identificar e intervir na dimensão individual, coletiva e no processo saúde-doença (Nichiata et al., 2011).

Com a ocorrência da feminização da AIDS, em 2007, dados chamaram atenção para a vulnerabilidade das mulheres em relação à infecção pelo HIV e aids, sendo assim, neste cenário, foi necessário pensar na saúde das mulheres lésbicas e bissexuais (Brasil, 2014).

Neste sentido, estudo aponta que as práticas homoafetivas femininas não causam preocupações nas MSM quanto aos riscos de IST/aids, deste modo, as práticas sexuais e a percepção de vulnerabilidade à aids são minimizadas, devido à cumplicidade e confiança nas parcerias e devido à percepção de “segurança” dessas práticas homoafetivas (Mora, 2013; Lima, 2016). As mulheres criam uma forma de subjetividade, representando um pertencimento à outra, ao invés de pertencer a si mesma, e isto estabelece o ponto de fragilização e vulnerabilidade (Rodrigues, 2011). Bertolin et al. (2010) concluíram que há vulnerabilidade para contaminação pelo HPV em MSM, devido à idade precoce da coitarca, uso do tabaco e álcool e, principalmente, o não uso de preservativo durante as relações sexuais e a falta de conhecimento sobre a prevenção.

Por outro lado, estudos nacionais e internacionais apontam que há lacunas na abordagem integral de MSM pelos profissionais de saúde (Marrazzo et al., 2001; Kerker et al., 2006; Barbosa e Facchini, 2009; Koh et al., 2014; Davis e Berlinger, 2014; Souza, 2015; Hirsch et al., 2016; Albuquerque, 2016; Lima, 2016).

A falta de informações sobre prevenção as IST e o cuidado à saúde foram demonstrados tanto em estudo nacional quanto internacional, nos quais as MSM declararam que nunca receberam aconselhamento sobre práticas sexuais seguras entre mulheres e nem material educativo (Marrazzo et al., 2001; Barbosa e Facchini, 2009).

Estudo realizado no interior de Pernambuco, com enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, evidenciou que o cuidado prestado por esses profissionais é superficial e heteronormativo, não considerando a especificidade das MSM integralmente, influenciados por valores culturais e pela formação acadêmica e revelou que os profissionais tinham dificuldades em trabalhar com a sexualidade (Souza, 2015).

Estudos reforçam a importância de sensibilizar os profissionais de saúde para um atendimento integral que desmistifique a percepção dessas mulheres da ausência de risco para IST (Marrazzo, 2004) e da realização de capacitações aos profissionais e serviços de saúde, para um atendimento de forma holística e acolhedora (Albuquerque, 2016).

Desta maneira, precisa haver ações de sensibilização sobre o cuidado à saúde de MSM para que essas mulheres cheguem à atenção primária (Kerker, Mostastashi e Thorpe, 2006; Koh et al., 2014; Davis e Berlinger, 2014; Hirsch et al., 2016).

Outro fator que pode elevar a vulnerabilidade de MSM é a sua invisibilidade nos serviços de saúde. Estudos têm demonstrado que estas só são identificadas pelos profissionais de saúde quando a orientação e prática sexual são declaradas pela própria mulher, ou quando apresentam características masculinizadas. Evidencia-se, assim, que essas mulheres ficam excluídas de uma assistência integral. Por conseguinte, não há como garantir os direitos à saúde a essa população, tornando-se desafio para os gestores na construção de políticas públicas de saúde (Marrazzo et al., 2001; Barbosa e Facchini, 2009).

Estudo evidenciou a importância da educação permanente nos serviços de saúde para que os profissionais abordarem a orientação sexual durante o atendimento, visando melhor conhecimento das necessidades de saúde de cada mulher (Hirsch et al., 2016).

Tendo em vista a importância da temática, conforme apresentação anteriormente

feita, e que a literatura nacional referente ao acesso e cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM é relativamente escasso, propõe-se a presente investigação, que visa responder às seguintes questões:

1. Como é o acesso a serviços de saúde de MSM na região da Diretoria Regional de Saúde (DRS-VI) Bauru?
2. Quais as dificuldades/barreiras para o acesso a serviços e à satisfação das necessidades pelos serviços?
3. Como é o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM? Quais os fatores associados ao cuidado com a saúde sexual e reprodutiva?
4. Há diferença no cuidado com saúde sexual e reprodutiva entre MSM com e sem histórico de relação sexual na vida com homem? A hipótese é que as MSM com histórico de relação sexual na vida, com homens, tenham maior cuidado com a saúde sexual e reprodutiva do que a mulheres que tiveram parceria sexual somente com mulheres na vida.

O processo resultante deste estudo trará contribuição para o conhecimento de importantes demandas que poderão respaldar a formulação de estratégias adequadas de cuidado à saúde junto a esse público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso a serviços de saúde e o cuidado com saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, sob o enfoque das políticas públicas de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.1 Caracterizar os perfis sociodemográfico, comportamental e de práticas sexuais, clínico e reprodutivo de MSM;
- 2.2.2 Identificar as formas de utilização de serviços de saúde por MSM;
- 2.2.3 Descrever as barreiras/dificuldades de acesso aos serviços de saúde e à satisfação de suas necessidades pelos mesmos;
- 2.2.4 Descrever e analisar os fatores associados ao cuidado com a saúde sexual por MSM;
- 2.2.5 Comparar o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva entre mulheres que fazem sexo com mulheres, tendo ou não histórico de relação sexual com homens na vida.

3 MÉTODO

3.1 Desenho e campo do estudo

Estudo transversal, descritivo e analítico que compõe estudo mais amplo denominado “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” (Duarte et al., 2014), desenvolvido no município de Botucatu-São Paulo, localizado no centro do Estado, com população estimada, em 2016, de 141.032 mil habitantes (IBGE, 2016). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 a população estimada de mulheres com 15 anos e mais e 20 anos e mais de idade, para o município, era de 52.500 mulheres e 47.547 mulheres, respectivamente (IBGE, 2014).

A rede municipal de serviços de atenção primária à saúde é composta por 20 unidades de saúde e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Destas, cinco são Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, das quais, duas são unidades escola, vinculadas à Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, 12 são Unidades de Saúde da Família (USF), com 15 equipes e três são Policlínicas. Conta, além disso, com o Espaço Saúde “Profa. Dra. Cecília Magaldi”, que abrange o Centro de Atenção Psicossocial Rede Viva (CAPS 1) e Clínica do Bebê e as especialidades médicas: acupuntura, homeopatia, ginecologia, urologia, ortopedia e gastroenterologia. Neste espaço, também se insere o Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais e a Farmácia Municipal.

3.2 População, amostra, critérios de inclusão e exclusão

A população-alvo do estudo foi constituída por mulheres que declararam fazer sexo com mulheres ou com mulheres e homens, acima de 18 anos, residentes em municípios

pertencentes às Regiões de Saúde: Pólo Cuesta, Vale do Jurumirim, Bauru e Jaú, do Departamento Regional de Saúde (DRS –VI) Bauru (Figura 1).



Fonte: CPS\SES\SP

Figura 1 – Mapa do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS-VI

Para divulgação da pesquisa, com vistas à captação da amostra, criou-se um nome e logotipo do Projeto, intitulado: “Projeto Cuidando da Saúde da Mulher que Faz Sexo com Mulher”.

Foram criados página no facebook (www.facebook.com/cuidandodasaudedamulher), e-mail projetcmsm@gmail.com, cartaz (Apêndice I) e panfleto (Apêndice II), que foram distribuídos em locais de sociabilidade (bares e boates), ativismo (Grupo Liberdade de Botucatu, Fórum e Caminhada Contra a Homofobia, grupo feminista Genis, entre outros), instituições de ensino e saúde. Além destes meios de comunicação, o projeto também foi divulgado em rádios, jornais da cidade, TV UNESP, colegiados regionais de gestores, reuniões de enfermeiros da região, campanha Fique Sabendo, Unidades de Saúde de Botucatu,

em palestras (Luta Contra Homofobia e em duas grandes faculdades - Botucatu e Avaré), nas atividades desenvolvidas pelas agentes estratégicas de saúde do Programa Municipal de DST/aids de Botucatu-SP e pelas próprias mulheres participantes, às quais era solicitado que disponibilizassem o contato telefônico de outras MSM de seu convívio, aplicando-se a Técnica de Amostragem em Bola de Neve¹ (Handcock e Gile, 2011; Vinuto, 2014).

De posse dos telefones, as pesquisadoras entraram em contato com as mulheres indicadas por profissionais de saúde, lideranças LGBT ou por participantes da pesquisa e fizeram o convite, esclarecendo os objetivos, forma de participação no estudo e o agendamento de data e horário, conforme conveniência da mulher.

Constituíram-se critérios de inclusão no estudo: ser mulher e referir fazer sexo com mulher ou com mulher e homem, ter idade igual ou superior a 18 anos e ter iniciado atividade sexual. Os critérios de exclusão foram: não comparecimento à coleta de dados após três agendamentos, não aceitar participar de todas as etapas propostas pelo estudo: responder ao questionário, coletar sangue periférico e realizar exame ginecológico e quando a amostra de secreção cervical foi inadequada para realização dos exames diagnósticos para IST.

Apresentam-se na figura 2 o diagrama de constituição da amostra do estudo.

A partir da divulgação, apenas duas mulheres procuraram espontaneamente as pesquisadoras, 41 foram indicadas por profissionais da saúde, 19 por lideranças LGBT e 256 por participantes do estudo. Desta forma, 318 MSM foram identificadas. Entretanto, foi possível contato com 283, uma vez que 35 mulheres não foram localizadas após três ligações telefônicas, em dias e horários distintos. Dentre estas, 30 recusaram-se a participar do estudo e 17 não atenderam os critérios de inclusão, totalizando uma amostra potencial de 236

¹ A Técnica de Amostragem em Bola de Neve, indicada e utilizada em população difícil de ser acessada, permite o início da amostra a partir de indicações de informantes chaves (amostra não probabilística, de conveniência) e, a partir destes, o pesquisador começa o contato com o público alvo do estudo (Handcock e Gile, 2011; Vinuto, 2014).

mulheres. Destas, 60 não compareceram para a coleta de dados após três agendamentos realizados e 27 foram excluídas (23 não aceitaram fazer o exame ginecológico e a amostra cervical de quatro mulheres foi inadequada para a realização de diagnóstico laboratorial de IST). Desta forma, a amostra de conveniência foi constituída por 149 MSM (Figura 2).

As mulheres eram residentes nos municípios de Botucatu (134), Itatinga (4), São Manuel (5), Avaré (2), Itaí (1), Pardinho (1), Barra Bonita (1) e Bauru (1).

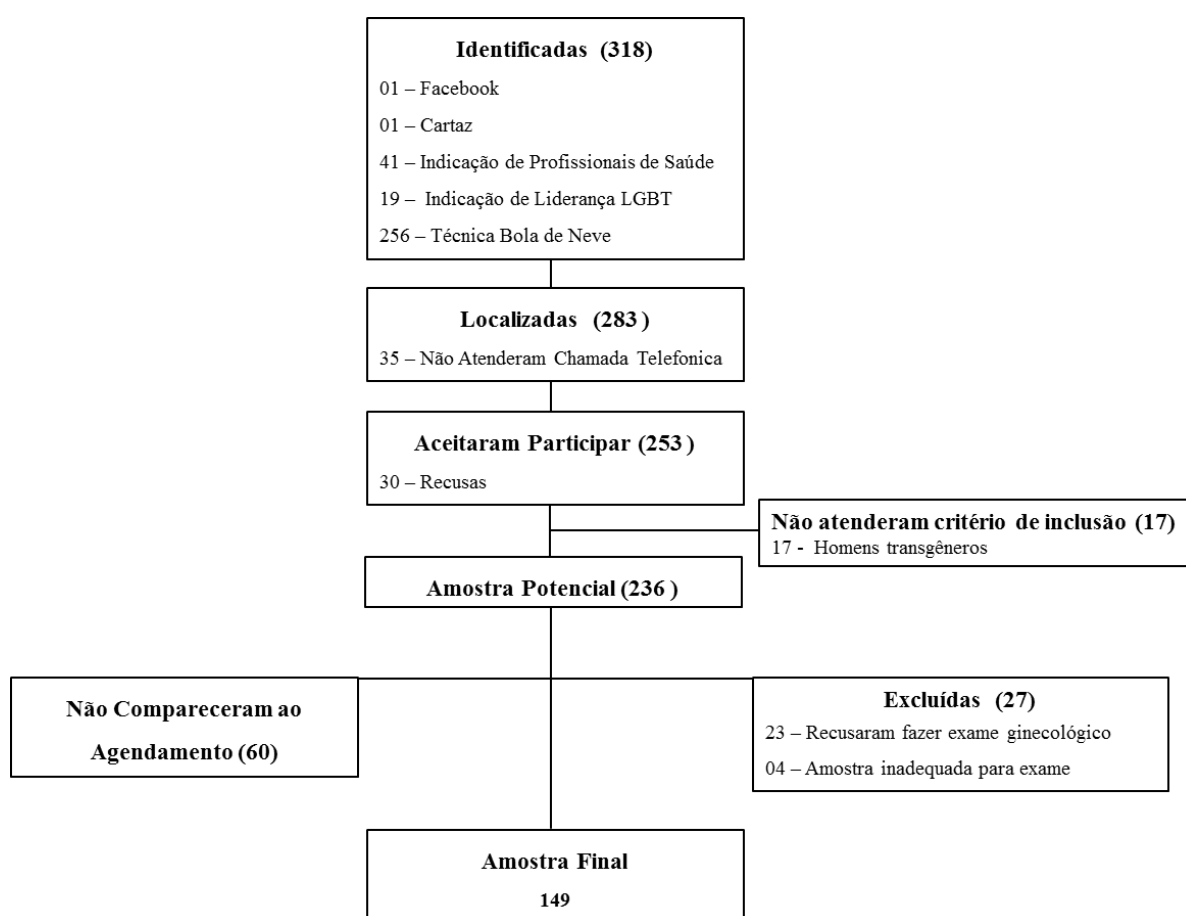


Figura 2 – Diagrama de constituição da amostra

3.3 Variáveis em Estudo

- Objetivos 2.2.1 a 2.2.3:

Sociodemográficas

- Idade (18-29, 30-39, 40-49, ≥ 50);
- Anos de estudo concluídos: (<8 anos, 8 a 11 anos, ≥ 12 anos);
- Estado civil (casada/união estável, solteira/separada/viúva);
- Raça/cor da pele, auto-referida (branca, não branca);
- Atividade remunerada (sim/não);
- Tem alguma religião – considerou-se ter religião quando foi referido professar alguma religião (sim/não);
- Renda familiar *per capita*, em reais.

Variáveis relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas

sexuais

- Utiliza tabaco (sim/não);
- Utiliza droga ilícita (sim/não);
- Relação sexual com homem na vida (sim/não);
- Número de homens com quem se relacionou sexualmente na vida (0, 1, 2-5, ≥ 6);
- Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida (1, 2-5, ≥ 6);
- Parceria sexual no último ano (mulheres, homens e mulheres, homens, não teve);
- Número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano (0, 1, 2-5, ≥ 6);
- Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano (0, 1, 2-5, ≥ 6);

- Parceria eventual na vida (sim/ não);
- Parceria eventual no último ano (sim/não);
- Parceria fixa à inclusão no estudo (sim/não);
- Recebe sexo oral (sim/não);
- Recebe penetração vaginal (sim/não);
- Recebe penetração anal (sim/não);
- Usa acessórios sexuais (sim/não);
- Tem relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas (sim/não);
- Usa preservativo em todas as relações sexuais vaginais e/ou anais (sim/não).

Variáveis clínico-ginecológicas e reprodutivas

- Menacme (sim/não);
- Idade à coitarca;
- Histórico de IST (sim/não);
- Queixa ginecológica (sim/não);
- Número de filhos (0, 1, ≥ 2);
- Histórico de aborto (sim/não);
- Método anticoncepcional (não usa, hormonal, outro);
- Desejo de ter filhos (sim/não).

Relacionadas ao acesso a serviços de saúde

- Plano de saúde (sim, não);
- Tipo de serviço de saúde que frequenta (público, privado, conveniado);

- Tipo de estabelecimento de saúde que frequenta (Unidade de Atenção Básica à Saúde, Pronto Socorro, Ambulatório Especializado, consultório médico de convênio ou particular);
- Quando procura um serviço de saúde revela fazer sexo com mulher (sim/não);
- Motivo de procura a serviço de saúde;
- Circunstância em que deveria procurar um serviço de saúde;
- Encontrou alguma dificuldade quando procurou um serviço de saúde (sim/não);
- Encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais de saúde (sim/não);
- Considera satisfeitas suas necessidades de saúde pelos serviços de saúde (sim/não).

As respostas afirmativas às variáveis sobre dificuldade quando procurou um serviço de saúde e/ ou relacionada aos profissionais de saúde e negativa sobre a satisfação das necessidades de saúde pelos serviços foram complementadas pelas razões que motivaram as respostas.

As respostas às questões abertas foram categorizadas e estão apresentadas segundo a frequência.

- Objetivos 2.3.4

Para analisar o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva foram selecionadas oito variáveis, tendo por base as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2005a), à Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013c) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Brasil, 2016c). Esse conjunto de variáveis constituiu o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (ECS), que varia entre zero e oito pontos, sendo que, quanto menor o escore, pior o cuidado com a saúde. O ECS foi obtido por meio das seguintes perguntas binárias, cuja resposta esperada vale um ponto e a resposta inadequada vale zero:

1. Realiza atendimento ginecológico anualmente?
2. O Papanicolaou está em dia? Considerou-se o intervalo recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), que indica coleta do exame a cada três anos, após duas coletas anuais e consecutivas, com resultado negativo para neoplasia (INCA, 2016).
3. Realizou sorologia para HIV/hepatite B/sífilis?
4. Utiliza droga ilícita?
5. Utiliza tabaco?
6. Tem relação sexual após uso de álcool e/ou droga ilícita?
7. Usa preservativo em todas as relações sexuais anais e/ou vaginais?
8. Tem diagnóstico de alguma IST confirmado por exames laboratoriais? Incluíram-se as infecções *pela Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis*, Papiloma Vírus Humano (HPV), HIV/aids e vírus da hepatite B e sífilis.

A pesquisa de *Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae* e HPV foi realizada pela Reação em Cadeia da Polimerase.

Para o diagnóstico da infecção pelo *Trichomonas vaginalis* foi empregada a coloração de Papanicolaou e este diagnóstico foi dado ao serem observados organismos cianofílicos, ovais, redondos ou em formato de pera, com diâmetro variando entre 15 a 30 mm, tendo núcleo pálido, vesicular e excentricamente localizado (SOLOMON; NAYAR, 2004). Para a pesquisa do *Treponema pallidum* foi realizado primeiramente o teste treponêmico 1 por ensaio imunológico por quimioluminescência, pelo equipamento Architect Abbott. Na amostra positiva foi realizado o teste não treponêmico VDRL (Venereal Disease Research Laboratories). Em caso de um exame treponêmico 1 reagente e VDRL não reagente, para confirmação diagnóstica, foi realizado o teste treponêmico 2, por imunoensaio qualitativo *in vitro* de leitura visual (teste rápido), na mesma amostra sanguínea, conforme Portaria 3.242 de 30 de dezembro de 2011. Foi considerada com sífilis a mulher que teve treponêmico 1 e VDRL reagente ou os dois treponêmicos positivos, sem história de tratamento prévio adequado, registrado em

prontuário ou checado em receita. Tratamento adequado é aquele que contém indicação correta de doses dependentes do estágio da sífilis, com o intervalo respeitado entre as doses de penicilina benzatina (CRT, 2016).

Para o Anti-HBs foi utilizado o ensaio ARCHITECT Anti- HBs e para AgHBs o ensaio ARCHITECT HBsAg, o primeiro determina a concentração de anticorpos contra o antígeno de superfície da hepatite, e o segundo determina o antígeno de superfície da Hepatite B em soro e plasma humano.

Variáveis independentes: incluíram todas as sociodemográficas, relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais e clínico-ginecológicas e reprodutivas citadas acima, a exceção de Relação sexual com homem na vida; Parceria sexual no último ano, Usa acessórios sexuais e Menacme.

Desfecho: Escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (ECS).

- Objetivo 2.3.5

Variável independente: Histórico de relação sexual com homens na vida.

Desfecho: Escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (ECS).

Potenciais confundidores: idade (18-29, 30-39, 40-49, ≥ 50); estado civil (casada/união estável, solteira/separada/viúva); utiliza tabaco (sim/não); utiliza droga ilícita (sim/não); número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida (1, 2-5, ≥ 6); número de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano (0, 1, 2-5, ≥ 6); parceria eventual na vida (sim/ não); parceria eventual no último ano (sim/não); parceria fixa à inclusão no estudo (sim/não); relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas (sim/não); usa preservativo em todas as relações sexuais vaginais e/ou anais (sim/não) e número de filhos (0, 1, ≥ 2).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados deu-se em três etapas: aplicação de questionário, realização de exame ginecológico e coleta de sangue periférico. Foi realizada no Espaço Saúde, local onde funciona o Programa Municipal de DST/Aids e Hepatites Virais, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. O espaço foi escolhido para não expor as mulheres nas unidades de saúde, uma vez que parte delas poderia não desejar divulgar sua orientação sexual. Os dados foram obtidos pelas pesquisadoras envolvidas no projeto “Acesso a Serviços de Saúde e Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que fazem Sexo com Mulheres” (Duarte et al., 2014) em ambiente confortável e privativo e levou, em média, 40 minutos.

O questionário o qual foi construído para esse estudo, contém questões abertas e fechadas e aquelas que foram utilizadas, especificamente, na presente investigação, encontram-se em negrito (Apêndice 3). O instrumento foi submetido à análise de profissionais especialistas na área, inclusive uma profissional de saúde que faz sexo com mulheres, quanto sua clareza e conteúdo, sofrendo pequenas alterações e testado, previamente, com uma mulher que não integrou a amostra do estudo.

3.5 Referencial de análise

O referencial adotado para as análises foram as Políticas Nacionais de Atenção Integral à saúde da Mulher (Brasil, 2005a), à Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013b) e a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013a).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram codificados e digitados duplamente em planilha no programa Excell® e quando houve discordâncias, o instrumento de coleta foi revisto e estas foram corrigidas.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição frequencial e das variáveis numéricas quantitativas, por medidas de posição e variabilidade.

A análise do escore de cuidado com a saúde em função das variáveis independentes foi realizada por meio de ajustes de modelos de regressão linear com resposta normal. As variáveis independentes mais fortemente relacionadas ($p < 0,05$) com o escore de cuidado com a saúde foram incluídas em um modelo de regressão linear múltipla. Análise de resíduo e diagnóstico não revelou falha dos pressupostos teóricos do modelo de regressão linear.

Para associação entre prática sexual e escore de cuidado empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e a associação entre descontentamento com a relação profissional de saúde e revelação da prática sexual com mulher foi verificada por meio do Teste Qui-quadrado.

Relações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. As análises foram feitas com o software SPSS v21.0.

3.7 Procedimentos Éticos

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP e recebeu Parecer favorável (no. 837.447) em 19/10/2014, CAAE: 35667514.2.0000.5411.

Todas as participantes deste estudo foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, àquelas que aceitaram, foi solicitado assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV).

Todas as mulheres que tiveram resultados de exames alterados foram contatadas, orientadas e encaminhadas para o ambulatório de IST feminino, do Espaço Saúde, para tratamento.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização da amostra

Dentre as 149 mulheres que participaram do estudo, a maioria era branca (74,5%), solteira/separada/viúva (73,2%), professava alguma religião (74,5%), tinha oito anos e mais de estudo concluídos (96,0%), exercia atividade remunerada (73,2%) (Tabela 1). Com relação ao estado civil, apenas duas mulheres eram casadas/união estável com homens. A mediana de idade foi de 27 anos (18-62) e a da renda familiar *per capita* foi de R\$1.000,00 (133,33-15.000,00) (dados não mostrados em tabela).

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016

Variáveis	n	%
Raça/cor da pele		
Branca	111	74,5
Não branca	38	25,5
Estado civil		
Solteira/separada/viúva	109	73,2
Casada/União Estável	40	26,8
Tem alguma religião		
Sim	111	74,5
Não	38	25,5
Anos de estudo concluídos		
< 8	6	4,0
8 a 11	67	45,0
> 12	76	51,0
Atividade remunerada		
Sim	109	73,2
Não	40	26,8
Total	149	100,0

No que se referiu ao consumo de substâncias, o uso de tabaco foi relatado pela maioria das mulheres incluídas no estudo (55,0%) e 34,9% referiram uso de alguma droga ilícita (Tabela 2). Dentre as mulheres que referiram uso de drogas ilícitas, 38 usavam maconha, 10 cocaína, uma craque e 14 outras drogas: dietilamida do ácido lisérgico (LSD), conhecido popularmente como doce, etilenodioximetanfetamina (MDMA) - ecstasy, conhecido como bala, sete usavam lança perfume ou loló. Destaca-se que 17 mulheres (11,4%) utilizavam mais de uma droga ilícita (dados não mostrados em tabela).

Considerando-se o perfil comportamental, predominaram as mulheres que tinham tido relacionamento sexual com homens durante a vida (75,2%), sendo que a maioria destas (63,1%) havia se relacionado com dois ou mais parceiros nesse período. A maioria (77,2%) relacionou-se sexualmente apenas com mulheres, no último ano, sendo que 65,1% delas tiveram apenas uma parceira, nesse período. A maioria referiu ter tido parceria eventual durante a vida (61,1%), entretanto, 116 (77,9%) mulheres tinham parceria fixa no momento da entrevista (Tabela 2). A mediana da idade à coitarca foi de 16 anos (10-36) (dados não mostrados em tabela).

Com relação às práticas sexuais, a maioria das MSM recebia sexo oral (94,6%), penetração vaginal (92,6%) e 16,1% penetração anal. Quase um terço delas (28,8%) relatou uso de acessórios nas práticas sexuais e, apenas, 18 (12,1%) faziam uso do preservativo em todas as relações sexuais vaginais e anais e a maioria (71,8%) mantinha relação sexual após consumo de álcool e/ou drogas ilícitas (Tabela 2). A totalidade das mulheres que relatou prática de sexo oral não usava preservativo (dados não mostrados em tabela).

Tabela 2 – Perfil relativo ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016

Variáveis	N	%
Utiliza tabaco	82	55,0
Utiliza droga ilícita	52	34,9
Relação sexual com homens na vida	112	75,2
Nº de homens com quem se relacionou sexualmente na vida		
0	38	25,5
1	17	11,4
2-5	56	37,6
≥6	38	25,5
Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida		
1	29	19,5
2-5	54	36,2
≥6	66	44,3
Parcerias sexuais no último ano		
Mulheres	115	77,2
Homens e mulheres	28	18,8
Homens	5	3,4
Não teve	1	0,6
Nº de homens com quem se relacionou sexualmente no último ano		
0	116	77,9
1	16	10,7
2-5	14	9,4
≥6	3	2,0
Nº de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano		
0	06	4,0
1	97	65,1
2-5	37	24,8
≥6	09	6,0
Parceria eventual na vida	91	61,1
Parceria eventual no último ano	42	28,2
Parceria fixa à inclusão no estudo	116	77,9
Recebe sexo oral	141	94,6
Recebe penetração vaginal	138	92,6
Recebe penetração anal	24	16,1
Usa acessórios sexuais	43	28,8
Relação sexual após uso de álcool e/ou droga ilícita	107	71,8
Uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais e anais	18	12,1

Quanto às características clínico-ginecológicas, predominaram as mulheres que se encontravam na menacme (94,6%), sem histórico de IST (89,9%) e que não apresentavam queixa ginecológica (61,1%) (Tabela 3).

Em relação ao perfil reprodutivo, a maioria das mulheres investigadas não tinha filhos (83,9%), nem histórico de abortamento (95,3%), não fazia uso de método anticoncepcional (78,5%) e desejava ter filhos (51,7%) (Tabela 3). Dentre as 77 mulheres que desejavam ter filhos, a maioria (57,1%) pretendia tê-los por meio de inseminação artificial, nove mulheres (11,7%) por relação sexual com homem e 19 (24,7%) não se importavam com a forma, citando tanto formas de concepção, quanto a possibilidade de adoção (dados não mostrados em tabela).

Tabela 3 – Características clínico-ginecológicas e reprodutivas de mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149). Botucatu, 2015-2016

Variáveis	n	%
Menacme		
Não	8	5,4
Sim	141	94,6
Histórico de IST		
Não	134	89,9
Sim	15	10,1
Queixa ginecológica		
Não	91	61,1
Sim	58	38,9
Número de filhos		
0	125	83,9
1	12	8,1
≥2	12	8,0
Histórico de aborto		
Não	142	95,3
Sim	7	4,7
Método anticoncepcional		
Não usa	117	78,5
Hormonal	21	14,1
Outro*	11	7,4
Desejo de ter filhos		
Não	72	48,3
Sim	77	51,7
Total	149	100,0

IST=infecção sexualmente transmissível. *Preservativo, laqueadura, dispositivo intrauterino.

4.2 Acesso a serviços de saúde

A maioria (84,0%) das mulheres investigadas utilizava o serviço público, quer seja exclusivamente (68,4%) ou em associação com serviço conveniado e/ou privado (15,6%). Quanto ao tipo de estabelecimento de saúde utilizado, os mais apontados foram as Unidades Básicas de Saúde (70,5%) e Pronto Socorro (67,8%) (Tabela 4).

Dentre os motivos de procura a serviços de saúde relatados, a busca quando adoece ou sente algum desconforto foi a mais predominantemente referida (70,0%), ao passo que a procura para ações de prevenção e tratamento e acompanhamento de doença crônica foram relatadas em menores proporções (22,6% e 7,3%, respectivamente). Sobre as circunstâncias ideais em que deveriam procurar um serviço de saúde, as razões mais referidas foram as ações de prevenção (51,1%) e a procura quando adoece ou sente algum desconforto (41,3%) (Tabela 4).

Com relação à revelação da prática sexual com mulheres, quase a metade das mulheres incluídas no estudo (47,7%) não revelava que fazia sexo com mulheres quando procurava um serviço de saúde (Tabela 4).

A maioria das mulheres investigadas não encontrou dificuldades quando procurou um serviço de saúde, assim como, na relação com os profissionais de saúde (58,4% e 78,5%, respectivamente) e apenas 17,4% considerava que suas necessidades de saúde não estavam sendo satisfeitas pelos serviços de saúde (Tabela 4).

Tabela 4 – Aspectos relativos ao acesso a serviços de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres. Botucatu, 2015-2016

Variáveis	n	%
Tipo de serviço de saúde que frequenta (n=149)		
Público	102	68,4
Privado	10	6,7
Conveniado	14	9,3
Misto*	23	15,6
Tipo de estabelecimento de saúde que frequenta (n=149)#		
Unidades de Atenção Básica à Saúde	105	70,5
Pronto Socorro	101	67,8
Consultório médico de convênio ou particular	24	16,1
Ambulatório Especializado	18	12,1
Motivo de procura a serviço de saúde (n=177)#		
Quando adoece/sente algum desconforto	124	70,0
Ações de prevenção**	40	22,6
Tratamento e acompanhamento de doença crônica***	13	7,3
Circunstância em que deveria procurar por serviço de saúde (n=184)#		
Quando adoece/sente algum desconforto	76	41,3
Ações de prevenção**	94	51,1
Tratamento e acompanhamento de doença crônica***	13	7,1
Não sabe	1	0,5
Quando procura serviço saúde revela fazer sexo com mulheres (n=149)		
Sim	78	52,3
Não	71	47,7
Encontrou alguma dificuldade quando procurou serviço de saúde (n=149)		
Não	87	58,4
Sim	62	41,6
Encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais saúde (n=149)		
Não	117	78,5
Sim	32	21,5
Considera satisfeitas necessidades de saúde pelos serviços saúde (n=149)		
Sim	123	82,5
Não	26	17,4

* Misto= público e privado ou conveniado. **Exames laboratoriais de rotina ou *check up*, acompanhamento médico, consulta ginecológica, realização de papanicolaou, vacinação, mamografia, sorologia para HIV/aids e outras infecções sexualmente transmissíveis. ***Asma, diabetes, hipertensão arterial, cardiopatia, doença renal, tireoideopatia. #Variável admitiu múltiplas respostas.

Dificuldades/barreiras encontradas na procura por serviços de saúde e/ou no atendimento dos profissionais e/ou à satisfação de necessidades pelos serviços foram relatadas por 77 (51,7%) mulheres e estão apresentadas na Tabela 5.

Dentre as dificuldades/barreiras apontadas, 66,1% delas relacionavam-se à estrutura e organização dos serviços de saúde, sendo que o longo tempo de espera para o atendimento (28,8%) e a demora para marcar consultas e exames (23,7%) foram as mais apontadas. Um terço das dificuldades/barreiras relatadas foi referente à relação profissional de saúde-usuário, com especial destaque para a categoria médica. Dentre estas, 16,9% diziam respeito à prática clínica do médico, 9,3% à atitude profissional e 7,6% à falta de preparo do profissional para atender MSM (Tabela 5).

Tabela 5 – Barreiras/dificuldades de acesso aos serviços de saúde e/ou no atendimento dos profissionais e/ou à satisfação de necessidades de saúde. Botucatu, 2015- 2016.

Dificuldades/barreiras	n	%
Estrutura e organização dos serviços		
Longo tempo de espera para o atendimento	34	28,8
Demora para marcar consulta e exames	28	23,7
Falta médico no posto de saúde	6	5,1
Demora no retorno dos resultados dos exames	4	3,4
Não tem vaga para consulta	3	2,5
Grande rotatividade de médicos	1	0,8
Faltam remédios	1	0,8
Serviço de saúde distante	1	0,8
Relação profissional de saúde-usuário		
Relacionada à atitude do profissional*	11	9,3
Relacionada à prática clínica do médico**	20	16,9
Despreparo do profissional/serviço para atender MSM***	9	7,6
Total de Respostas	118	100,0

MSM=mulher que faz sexo com mulher. *Descaso, má vontade, estupidez, falta de atenção, falta de humanização, falta de educação do profissional, falta de oportunidade de falar e falta de ética. **O médico não entende suas reais necessidades, o médico não atende direito suas queixas, o médico deveria procurar saber o que a pessoa tem, a ginecologista não investiga sua queixa, demoraram muito para descobrir o que eu tinha, só davam remédio e nunca pediram exame, atendimento médico muito rápido, dão diagnóstico sem relar em você, faltam explicações. *** Falta de abertura para falar sobre a sexualidade, não há rastreio do câncer de colo uterino por ser MSM.

A tabela 6 apresenta a associação entre descontentamento com a relação profissional de saúde-usuário e revelar prática sexual com mulher.

Observou-se maior prevalência de mulheres descontentes com a relação profissional de saúde-usuário entre aquelas que revelaram fazer sexo com mulheres (72,0%), comparadas àquelas que não revelaram (28,0%). As mulheres que revelaram prática sexual com mulheres tiveram chance três vezes maior de estarem descontentes com a relação com o profissional de saúde em comparação àquelas que não revelaram [OR= 2,88(1,23 – 6,67); p=0,013)] (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre descontentamento com a relação profissional de saúde-usuário e revelação da prática sexual com mulher (n=149). Botucatu, 2015- 2016

Variável	Descontentamento com a relação profissional de saúde-usuário				Total		p#	OR (IC 95%)
	Sim		Não					
	N	%	N	%	N	%		
Revela prática sexual com mulher								
Sim	23	72,0	55	47,0	78	52,3	0,013	2,88(1,23 – 6,75)
Não	9	28,0	62	53,0	71	47,7		
Total	32	100,0	117	100,0	149	100,0		

#Qui-quadrado

4.3 Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva

Tendo-se em vista as variáveis selecionadas para análise do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, observou-se que menos da metade das mulheres investigadas (45,6%) realizava atendimento ginecológico anual, 36,9% estava com a citologia oncótica em dia, 53,0% tinha realizado sorologia para IST/aids e 48,3% não tinha diagnóstico de IST. Apenas 45,0% das mulheres não eram tabagistas, 65,1% não fazia uso de droga ilícita, menos de um terço (28,2%) não tinha relação sexual após o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e somente 12,1% utilizava preservativo nas relações sexuais anais e vaginais (Tabela 7).

Tabela 7 – Mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149), segundo variáveis de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva selecionadas. Botucatu, 2015-2016

Variáveis	n	%
Realiza atendimento ginecológico anual	68	45,6
Citologia Oncótica em dia	55	36,9
Realizou sorologia para HIV/hepatite B/sífilis	79	53,0
Não tem diagnóstico de IST*	72	48,3
Usa preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais	18	12,1
Não utiliza droga ilícita	97	65,1
Não utiliza tabaco	67	45,0
Não tem relação sexual após uso de álcool e/ou droga ilícita	42	28,2

IST=infecções sexualmente transmissíveis, *infecção pela *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, Papiloma Vírus Humano (HPV), HIV/aids, vírus da hepatite B e sífilis.

A mediana do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva foi de quatro pontos (0-7). A maioria das mulheres (75,2%) tinha escore entre dois a cinco pontos, sendo que nenhuma mulher atingiu o escore máximo de cuidado (figura 3).

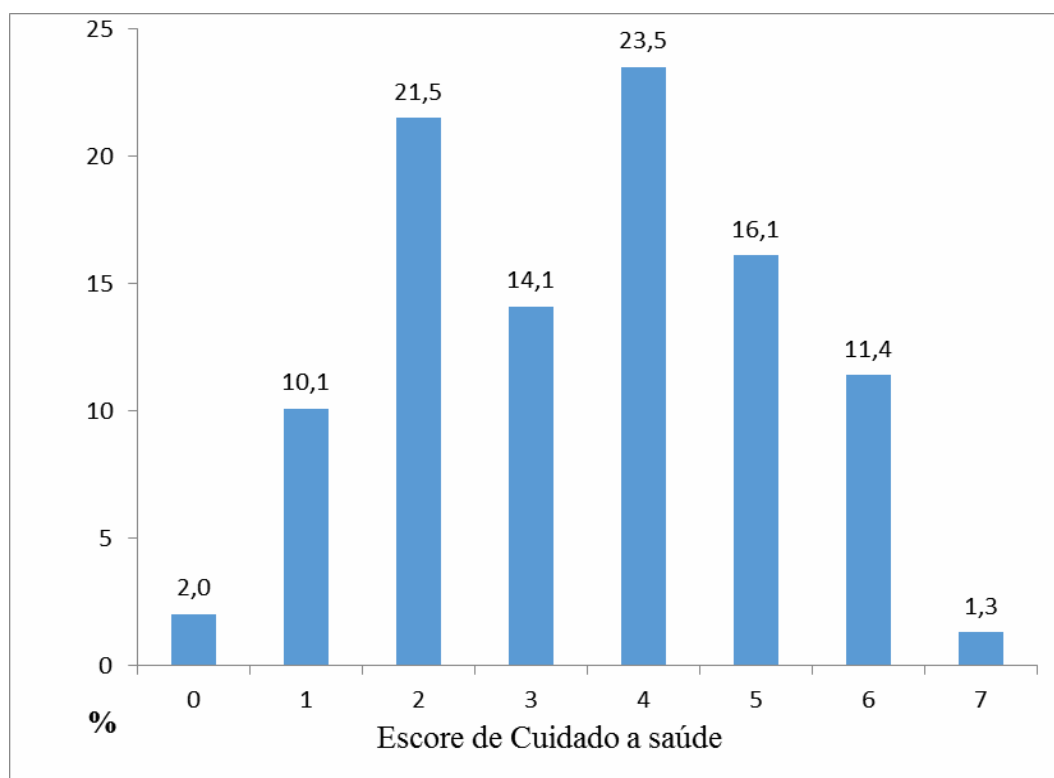


Figura 3 – Mulheres que fazem sexo com mulheres (n=149), segundo a pontuação do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Botucatu, 2015-2016.

Não houve diferença entre a mediana do escore de cuidado entre mulheres com histórico de relação sexual com homem na vida [3(0-7)] e aquelas que se relacionaram apenas com mulheres nesse período [4 (0-6)] ($p=0,097$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Mediana do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, segundo histórico de relação sexual com homem na vida. Botucatu, 2015-2016

Mediana do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva	Relação sexual com homem na vida		P#
	Não (n=37)	Sim (n=112)	
	3(0-7)	4(0-6)	0,097

#Mann-Whitney

Apresentam-se na tabela 9 os resultados da regressão linear simples, entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais selecionadas.

As variáveis associadas positivamente com o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva foram: idade, estado civil, parceria fixa à inclusão no estudo e uso de preservativo em todas as relações sexuais vaginais e anais. As mulheres com idade entre 40 e 49 e com 50 anos e mais tiveram um acréscimo de 1,42 e dois pontos no escore de cuidado, respectivamente, em relação aquelas com 18 a 29 anos [$\beta=1,42$ (0,56 – 2,29); $p=0,001$; $\beta=2,00$ (0,81 – 3,18); $p=0,001$, respectivamente]. As mulheres casadas ou em união estável tiveram acréscimo de um ponto no escore de cuidado [$\beta=0,99$ (0,41 – 1,57); $p=0,001$], assim como aquelas que usavam preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais [$\beta=0,97$ (0,26 – 1,68); $p=0,008$]. As mulheres que tinham parceria fixa à inclusão no estudo tiveram um aumento de 0,89 pontos no escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva [$\beta=0,89$ (0,26 – 1,51); $p=0,006$] (Tabela 9).

Associaram-se negativamente com os escores de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva as variáveis: utiliza tabaco, usa drogas ilícitas, número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida e no último ano, parceria eventual na vida e no último ano e relação sexual após uso de álcool e/ou droga ilícita. As mulheres que utilizavam tabaco e droga ilícita tiveram uma queda de 1,18 e 1,63 pontos, no escore de cuidado, respectivamente [$\beta = -1,18$ (-1,69 – -0,68); $p=0,000$; $\beta = -1,63$ (-2,17 – -1,09); $p=0,000$, respectivamente]. Ter tido relação sexual com seis ou mais mulheres na vida e no último ano reduziu o escore de cuidado em 1,11 e 2,33 pontos, respectivamente, quando comparadas àquelas que se relacionaram com única parceira [$\beta = -1,11$ (-1,80 – -0,42); $p=0,002$; $\beta = -2,33$ (-3,95 – -0,72); $p=0,005$, respectivamente]. As mulheres que relataram parceria eventual na vida e no último ano tiveram redução de 0,68 e um ponto no escore de cuidado, respectivamente [$\beta = -0,68$ (-1,12 – -0,03); $p=0,037$; $\beta = -0,96$ (-1,54 – -0,39); $p=0,001$] e aquelas que tinham relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas, de 1,62 pontos [$\beta = -1,62$ (-2,15 – -1,09); $p=0,000$] (Tabela 9).

Tabela 9 – Regressão linear simples entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis sociodemográficas, relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais selecionadas. Botucatu, 2015-2016

Variável	B	IC 95%	p
Idade			
18 – 29	0,00	-	-
30 – 39	0,46	-0,15 – 1,07	0,141
40 – 49	1,42	0,56 – 2,29	0,001
≥ 50	2,00	0,81 – 3,18	0,001
Anos de estudo concluídos	0,04	-0,06 – 0,14	0,431
Estado civil			
Solteira/separada/viúva	0,00	-	-
Casada/união estável	0,99	0,41 – 1,57	0,001
Atividade remunerada	-0,03	-0,64 – 0,57	0,916
Renda familiar <i>per capita</i>	0,00	0,00 – 0,00	0,642
Cor da pele não branca	-0,32	-0,93 – 0,29	0,300
Tem alguma religião	0,39	-0,22 – 1,00	0,206
Tem plano de saúde	-0,10	-0,84 – 0,64	0,788
Utiliza tabaco	-1,18	-1,69 – -0,68	0,000
Usa droga ilícita	-1,63	-2,17 – -1,09	0,000
Nº homens com quem se relacionou sexualmente na vida			
0	0,00	-	-
1	-0,02	-0,95 – 0,90	0,958
2 -5	-0,52	-1,19 – 0,15	0,126
≥ 6	-0,45	-1,18 – 0,28	0,230
Nº homens com quem se relacionou sexualmente último ano			
0	0,00	-	-
1	-0,39	-1,25 – 0,46	0,369
2-5	-0,02	-0,92 – 0,89	0,970
≥ 6	0,15	-1,73 – 2,02	0,876
Nº mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida			
1	0,00	-	-
2-5	-0,47	-1,19 – 0,24	0,196
≥ 6	-1,11	-1,80 – -0,42	0,002
Nº mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano			
0	0,00	-	-
1	-1,32	-2,61 – -0,03	0,045
2-5	-2,11	-3,46 – -0,76	0,002
≥ 6	-2,33	-3,95 – -0,72	0,005
Parceria eventual na vida	-0,68	-1,12 – -0,03	0,037
Parceria eventual no último ano	-0,96	-1,54 – -0,39	0,001
Parceria fixa à inclusão no estudo	0,89	0,26 – 1,51	0,006
Recebe sexo oral	0,64	-0,55 – 1,82	0,290
Recebe penetração vaginal	0,22	-0,80 – 1,24	0,671
Recebe penetração anal	0,38	-0,35 – 1,10	0,308
Relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas	-1,62	-2,15 – -1,09	0,000
Usa preservativo em todas as relações sexuais*	0,97	0,26 – 1,68	0,008

*Vaginais e/ou anais

Os resultados da regressão linear simples entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis clínico-ginecológicas e reprodutivas selecionadas estão apresentados na tabela 10.

Dentre as variáveis clínico-ginecológicas e reprodutivas estudadas, apenas número de filhos associou-se com o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. As mulheres que tinham dois ou mais filhos receberam aumento de um ponto, no escore de cuidado [$\beta= 0,99$ (0,03 – 1,94); $p=0,042$] (Tabela10).

Tabela 10 – Regressão linear simples entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis clínico-ginecológicas e reprodutivas selecionadas. Botucatu, 2015-2016

Variável	B	IC 95%	p
Idade à coitarca	0,08	-0,01– 0,16	0,082
Número de filhos			
0	0,00	-	-
1	0,66	-0,30 – 1,61	0,178
≥ 2	0,99	0,03 – 1,94	0,042
Histórico de aborto	1,00	-0,25 – 2,25	0,117
Desejo de ter filhos	0,12	-0,42 – 0,65	0,669
Histórico de IST	0,51	-0,38 – 1,39	0,259
Queixa ginecológica	0,01	-0,54 – 0,56	0,971
Método anticoncepcional	-0,01	-0,66 – 0,64	0,976

A regressão linear simples e múltipla entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e as variáveis que mais se associaram com este desfecho estão apresentadas na tabela 11.

As variáveis idade, utiliza tabaco, usa drogas ilícitas, número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida, relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas e uso de preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais foram, independentemente, associadas ao escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva (Tabela 11).

As mulheres com idade entre 40 a 49 anos tiveram acréscimo de 1,36 pontos no escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva [$\beta= 1,36 (0,57 - 2,15)$; $p=0,001$] em relação às aquelas na faixa etária de 18 a 29 anos e as que usavam preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais um aumento de 0,80 no escore [$\beta= 0,80 (0,26 - 1,34)$; $p=0,004$] (Tabela 11).

A utilização de tabaco e o uso de droga ilícita reduziu o escore de cuidado em 0,96 e 0,83 pontos, respectivamente [$\beta= -0,96 (-1,38 - -0,55)$; $p=0,000$; $\beta= -0,83 (-1,30 - -0,35)$; $p=0,001$, respectivamente]. As mulheres que se relacionaram sexualmente com seis ou mais parceiras na vida e aquelas que tinham relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas tiveram um decréscimo de 0,66 e 1,11 pontos, no escore de cuidado, respectivamente [$\beta= -0,66 (-1,26 - -0,06)$; $p=0,031$; $\beta= -1,11 (-1,58 - -0,65)$; $p=0,000$, respectivamente].

Desta forma, considerando-se a amostra investigada, não foi possível comprovar a hipótese de que MSM com histórico de relação sexual com homens, na vida, têm maior escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.

Tabela 11 – Regressão linear simples e múltipla entre o escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e variáveis sociodemográficas, relativas ao consumo de substâncias, comportamento e práticas sexuais, clínico-ginecológicas e reprodutivas selecionadas. Botucatu, 2015-2016

Variáveis	Análise Bivariada			Análise Multivariada		
	β	IC 95%	P	β	IC 95%	p
Idade						
18 – 29	0,00	-	-	0,00	-	-
30 – 39	0,46	-0,15 – 1,07	0,141	-0,05	-0,55 – 0,45	0,838
40 – 49	1,42	0,56 – 2,29	0,001	1,36	0,57 – 2,15	0,001
≥ 50	2,00	0,81 – 3,18	0,001	1,32	-0,33 – 2,97	0,118
Estado civil						
Solteira/separada/viúva	0,00	-	-	0,00	-	-
Casada/ União Estável	0,99	0,41 – 1,57	0,001	0,24	-0,22 - 0,70	0,302
Utiliza tabaco	-1,18	-1,69 – -0,68	0,000	-0,96	-1,38 - 0,55	0,000
Usa droga ilícita	-1,63	-2,17 – -1,09	0,000	-0,83	-1,30 - -0,35	0,001
Histórico de relação sexual com homens na vida	-0,42	-1,03-0,19	0,75	-0,31	-0,80 - 0,18	0,213
Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente na vida						
1	0,00	-	-	0,00	-	-
2-5	-0,47	-1,19 – 0,24	0,196	-0,25	-0,85 - 0,34	0,403
≥ 6	-1,11	-1,80 – -0,42	0,002	-0,66	-1,26 - -0,06	0,031
Número de mulheres com quem se relacionou sexualmente no último ano						
0	0,00	-	-	0,00	-	-
1	-1,32	-2,61 – -0,03	0,045	-0,81	-1,80 - 0,17	0,104
2-5	-2,11	-3,46 – -0,76	0,002	-0,46	-1,56 - 0,64	0,416
≥ 6	-2,33	-3,95 – -0,72	0,005	-0,70	-2,04 - 0,63	0,302
Parceria eventual na vida	-0,68	-1,12 – -0,03	0,037	0,28	-0,20 - 0,76	0,247
Parceria eventual último ano	-0,96	-1,54 – -0,39	0,001	-0,07	-0,70 - 0,57	0,838
Parceria fixa à inclusão estudo	0,89	0,26 – 1,51	0,006	0,51	-0,02 - 1,05	0,060
Relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas	-1,62	-2,15 – -1,09	0,000	-1,11	-1,58 - -0,65	0,000
Usa preservativo em todas relações sexuais*	0,97	0,26 – 1,68	0,008	0,80	0,26 - 1,34	0,004
Número de filhos						
0	0,00	-	-	0,00	-	-
1	0,66	-0,30 – 1,61	0,178	0,00	-0,76 - 0,77	0,994
≥ 2	0,99	0,03 – 1,94	0,042	-1,56	0,28 - 0,28	0,172

*Vaginais e/ou anais

4.4 Oficina de sensibilização de profissionais da saúde

Tendo-se em vista os resultados obtidos na presente investigação, foram realizadas duas oficinas de sensibilização, dirigidas à profissionais de saúde de todas as categorias, atuantes na Atenção Básica do município de Botucatu. As oficinas intitularam-se “Sensibilização para Profissionais da Saúde da Atenção Primária para o Cuidado Integral à Saúde das Mulheres que Fazem Sexo com Mulher” e tiveram por objetivo a sensibilização desses profissionais sobre as necessidades de saúde de MSM e proporcionar reflexão sobre suas práticas com relação a esse grupo.

As oficinas foram planejadas e executadas em parceria com a equipe do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais, conforme programa em anexo (Anexo 1).

O convite para os profissionais de saúde, tanto de nível superior como médio, foi realizado por meio de ofício para todas as unidades de saúde do município de Botucatu, propondo duas datas (16 e 23 de agosto de 2016, das 13h15min às 17h), de forma a possibilitar participação de maior número de profissionais. Foram disponibilizadas 50 vagas por dia.

Participaram das oficinas 81 profissionais (32 no dia 16/08 e 49 no dia 23/08). Dentre eles, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliar de farmácia, farmacêutico, educadora em saúde pública, alunos de graduação do curso enfermagem, residentes da Saúde da Família e agentes estratégicos de saúde.

Conforme a programação, os participantes foram divididos em grupos, para discutirem estratégias que pudessem favorecer o acolhimento e o cuidado integral de MSM. As estratégias levantadas estão apresentadas abaixo:

- Promover a capacitação e sensibilização de toda equipe, inclusive do setor privado, visando a quebra de preconceitos e o cuidado adequado à população LGBT
- abordando temas sobre a vulnerabilidade, acolhimento, preconceito e necessidades de saúde.
- Multiplicar o conhecimento sobre o tema nas UBS/USF.
- Realizar oficina de sensibilização nas equipes.
- Fazer maior divulgação sobre cuidados de saúde voltados à população LGBT.
- Divulgar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de LGBT a todos os profissionais e população.
- Buscar parcerias intersetoriais (CRAS/CREAS/escolas/empresas) visando sensibilizar as mulheres e demais profissionais sobre cuidado a MSM.
- Promover educação em saúde da população em geral, utilizando-se de vários espaços, como: sala de espera, escolas, por meio de abordagem geral, buscando incluir, sem excluir.
- Promover campanhas específicas de divulgação.
- Realizar escuta dos pacientes com qualidade em todos os espaços dos Serviços de Saúde.
- Respeitar o gênero e nome social.
- Distribuir material educativo voltado à população alvo.
- Adequar os instrumentos de acolhimento e anamnese de forma que permita a explicitação da orientação sexual, identidade de gênero e de práticas sexuais,

tornando viável, abordar as pessoas sobre suas parcerias e não sobre parceiros ou parceiras sexuais.

- Oferecer atendimento individualizado, personalizado e apoio para a mulher que busca ajuda e, se necessário, realizar visita domiciliar, para abordar familiares, a fim de favorecer a gestão de conflitos.

- Valorizar os espaços com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

- Realizar campanhas de coleta do exame de colpocitologia oncótica em livre demanda.

A avaliação das oficinas foi realizada por meio de instrumento autopreenchível, padronizado pelo setor educação da Secretaria Municipal de Saúde (SEDUCS), em anexo (Anexo II). Dentre os 81 participantes, 67 (82,7%) respondeu o instrumento, totalizando 139 respostas que apontaram que: 50,0% saíram satisfeitos, 41,0% solicitaram que querem mais, 36% ficaram surpresos com a sensibilização, 7,9% preocuparam-se.

Os dados apontaram que, de modo geral, a oficina teve uma boa avaliação pelos profissionais de saúde, sendo que muitos solicitaram a repetição da mesma em outras oportunidades e reconheceram a relevância do tema para a prática profissional, diante das propostas elaboradas pelos grupos.

A coordenação do Programa Municipal de DST/aids e Hepatites Virais DST/aids, de Botucatu enviou para todas as unidades de saúde as propostas feitas pelos grupos, conforme combinado, com o objetivo de divulgação do material produzido para o conjunto das equipes.

5 DISCUSSÃO

A presente investigação permitiu identificar características relacionadas ao acesso a serviços de saúde, dificuldade/barreiras que se interpõem ao acesso e à satisfação de necessidades de saúde por estes serviços, assim como aspectos relacionados ao cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e fatores associados ao perfil de vulnerabilidade individual, social e programática de uma amostra de mulheres que fazem sexo com mulheres, residentes em municípios do interior do Estado de São Paulo. Desta forma, contribui com o aumento do conhecimento nesta área e pode contribuir para embasar políticas e práticas voltadas a melhorar o acesso a serviços, qualificar o cuidado, especialmente voltado à saúde sexual e reprodutiva, com vistas à satisfação das necessidades de saúde dessas mulheres e redução da vulnerabilidade às IST.

Quanto ao acesso a serviços de saúde, a maioria das mulheres incluídas no estudo eram usuárias do sistema público de saúde e tinham cobertura da atenção básica, porém apenas pequena parcela delas procurava o serviço para ações de prevenção. A alta procura por pronto socorro justifica que a motivação mais apontada seja estar doente ou sentir algum desconforto.

Segundo Scharaiber e Mendes-Gonçalves (2000) a demanda, ou seja, a busca ativa por serviços de saúde, que também representa o seu consumo, tem sua origem no “*carecimento*”, como “*algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu estado sócio vital*” e “*assume que há correção desejável para seu problema e que existem meios para isso*”. Desta forma, as intervenções sobre qualquer desses carecimentos é reconhecida como necessidade, tornando as próprias intervenções, também, necessidades. A partir da solução que se antevê para cada carecimento, o indivíduo sabe qual tipo de serviço irá procurar. A previsão é possível em função de experiências anteriores, próprias ou de outros indivíduos na sociedade (Scharaiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

A instauração de necessidades, com base na produção de serviços significa igualmente criar valores quanto ao “*cardápio*” das necessidades ou padrão delas na sociedade,

sendo que esse processo ocorre por meio do valor que atribuímos à satisfação das necessidades na sociedade, reiterado pelo seu consumo sistemático (Scharaiber e Mendes-Gonçalves, 2000). Neste sentido, os resultados da presente investigação sugerem pouca valorização das ações preventivas relativas ao cuidado com a saúde sexual e reprodutiva propostas nas políticas de saúde e oferecidas pelos serviços, tendo-se em vista que pequena parcela das mulheres investigadas demandaram essas ações e quase a metade não as apontaram como circunstância passível de procura por um serviço de saúde. Outro aspecto que reforça a pouca valorização dessas ações pode ser observado em função de que menos da metade das mulheres realizaram consulta ginecológica anual, apenas um terço estava com o exame de papanicolaou em dia e pouco mais da metade havia realizado sorologia para HIV/IST e mesmo assim, a maioria considerou que suas necessidades de saúde eram satisfeitas pelos serviços. Entretanto, a percepção sobre necessidades de saúde não foi foco desta investigação e merece futuras pesquisas, com outras abordagens.

Protocolo recente sobre cuidados com a saúde da mulher na atenção básica reporta que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde e no acolhimento das MSM estão associados à rigidez na agenda das unidades, que nem sempre está disponível para a mulher, ou ao não acolhimento de suas singularidades (Brasil, 2016c). Na presente investigação, pouco mais da metade das mulheres não relataram barreiras/dificuldades na procura por um serviço de saúde e a maioria não as referiu com relação aos profissionais de saúde que as atenderam. Contudo, quando agrupadas as questões sobre dificuldades/barreiras relacionadas à procura por serviço, à relação com o profissional e à satisfação de suas necessidades de

saúde, mais da metade das mulheres mencionaram serem estas relativas à estrutura e organização dos serviços e à relação com os profissionais de saúde. Dentre as associadas à estrutura e organização dos serviços destacaram-se: o longo tempo de espera para o atendimento e a demora para serem marcados consulta e exames e, quanto à relação profissional de saúde-usuário, houve questões relacionadas à prática clínica, como por exemplo, a não compreensão das necessidades, não investigação de queixas, diagnóstico sem realização de exame clínico, dentre outras.

Estudo realizado no Distrito Federal sobre a percepção de lésbicas, gays e bissexuais, em relação aos serviços de saúde, demonstrou que 60,0% dos participantes utilizavam serviços do SUS, 63,3% mostrou insatisfação com o serviço público e 23,3% com os serviços da rede privada. Entre as principais dificuldades encontradas apontaram aquelas relacionadas à estrutura e organização dos serviços - fila de espera para consulta, falta de médicos, tempo de espera - e relativas à relação médico-paciente - falta de informações claras e objetivas, descaso no atendimento e falta de sensibilidade -, indicando obstáculos que não envolvem apenas a população LGBT, e sim a população de geral (Carvalho e Philippi, 2013), corroborando com os resultados obtidos na presente investigação.

Outro estudo nacional, realizado no município de São Paulo, com 20 mulheres que fazem sexo com mulheres, apontou que queixas sobre a qualidade do atendimento médico, especialmente no tocante ao tempo da consulta e à relação profissional-paciente foram muito comuns entre as usuárias de serviço público (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Vários estudos internacionais (Tracy, 2010; Koh et al., 2014, Davis e Berlinger, 2014; Hirsch et al., 2016) e nacionais (Barbosa e Facchini, 2009; Almeida, 2009; Santo, et al., 2011; Bento, 2012; Carvalho e Philippi, 2013; Lima, 2016; Albuquerque et al., 2016), evidenciaram despreparo do profissional de saúde em lidar com as necessidades específicas das MSM, em especial

referentes à sexualidade (Barbosa e Facchini, 2009; Almeida, 2009; Bento, 2012; Hirsch et al., 2016). Dentre as dificuldades/barreiras ao acesso e/ou à satisfação das necessidades de saúde, o despreparo dos profissionais foi apontado em menor proporção pelas mulheres incluídas na presente investigação. Contudo, há de se ressaltar que quase a metade delas não revelou para os profissionais de saúde sua prática sexual com mulheres.

Outros estudos, tanto internacionais (Tracy et al., 2013; Koh et al., 2014; Hirsch et al., 2016) como nacionais (Bertolin et al., 2010; Bento, 2012; Carvalho e Philippi, 2013) também observaram que MSM não revelavam sua prática sexual com mulheres aos profissionais de saúde. A não revelação pelas mulheres, de sua prática sexual com mulher, perpetua sua invisibilidade nos serviços de saúde, dificultando o levantamento das suas reais necessidades de saúde, com implicação na qualidade de seu atendimento (Bertolin et al., 2010; Carvalho e Philippi, 2013).

Barbosa e Facchini (2009) constataram que os profissionais de saúde não abordam a orientação sexual das mulheres, levando a entender que todas são heterossexuais e não atribuem grande importância a esse aspecto, que ficaria a critério da paciente revelar ou não, evidenciando que a orientação sexual faz parte de cada um, de sua intimidade (Barbosa e Facchini, 2009). O estigma de que todas as mulheres são heterossexuais contribui para invisibilidade de MSM, tornando perceptível apenas quando o estereótipo é do gênero oposto (Melo, 2010).

Na presente investigação observou-se maior percentual de mulheres que referiram descontentamento na relação com o profissional de saúde entre aquelas que revelaram sua prática sexual com mulher, em comparação com aquelas que não revelaram. Estudos nacionais anteriores apontaram que, mesmo as MSM revelando para o profissional sua orientação sexual quando buscaram assistência, não se sentiram apoiadas durante a consulta (Valadão e Gomes, 2011) e foi comum o desapontamento do profissional pelo fato de

este não estar preparado para atendê-las com a mesma desenvoltura e habilidade, acessando muitas vezes uma série de conhecimentos estereotipados, como guia para sua conduta, durante a consulta (Barbosa e Facchini, 2009).

Destaca-se que para atender às demandas específicas de cuidado de MSM há necessidade de capacitar os profissionais de saúde, a fim de que seja realizado um atendimento diferenciado, acolhedor e que atenda suas especificidades, de forma humanizada e com qualidade (Carvalho e Philippi, 2013).

Diante das variáveis selecionadas para a análise do cuidado com a saúde sexual e reprodutiva observou-se, de maneira geral, importante déficit de acesso ao cuidado e de autocuidado com a saúde: a maioria das mulheres não realizou atendimento ginecológico anual, não tinha exame de papanicolaou em dia, tinha IST diagnosticada por métodos padrão-ouro, quase a metade não havia realizado testes sorológicos para o HIV/aids e outras IST, a maioria não fazia uso de preservativo nas relações sexuais anais, mantinha relação sexual após consumir álcool e/ou drogas ilícitas e utilizava tabaco e um terço delas utilizava alguma droga ilícita.

Oficina realizada pelo Ministério da Saúde em 2014 (Brasil, 2014) sobre Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais apresentou resultado de estudo realizado por pesquisadora nacional (Rufino, 2014), sobre “Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres”, desenvolvida em cinco capitais do Brasil: Teresina, Brasília, São Paulo, Porto Alegre e Manaus, do qual participaram 582 MSM. Os dados foram coletados por meio de questionário eletrônico com perguntas abertas e fechadas sobre práticas sexuais, identidade sexual, experiências das mulheres com autocuidado e saúde e demandas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Este identificou que 60% das mulheres realizavam consulta ginecológica, percentual próximo ao obtido na presente investigação (54,4%).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, há uma baixa cobertura no rastreamento do câncer do colo uterino para as MSM. As dificuldades vivenciadas em relação ao acesso e ao acolhimento distanciam-nas dos serviços de saúde, sendo um grupo vulnerável pela falsa crença, tanto delas próprias, quanto dos profissionais de saúde, de que estão isentas de terem infecção pelo HPV na prática sexual entre mulheres (Brasil, 2016c). Ainda assim, não há estudos nacionais de base populacional publicados sobre a cobertura do papanicolaou nesse grupo, impossibilitando comparações desta ordem.

Estudo nacional (Bertolin et al., 2010) que avaliou o conhecimento de 31 MSM sobre o papiloma vírus humano, em centro de referência de prevenção e diagnóstico de DST/aids, em município do interior paulista, constatou que 45% delas estavam em dia com a realização do exame de papanicolaou, percentual superior ao obtido na presente investigação (36,6%).

Barbosa e Facchini (2009) observaram que das 30 MSM mulheres investigadas, metade delas realizava consulta ginecológica anualmente, coincidindo com os dados do presente estudo e metade estava com o papanicolaou em dia, percentual superior ao obtido nesta investigação (36,6%).

Estudos internacionais apontaram melhores resultados quanto à cobertura de papanicolaou entre MSM: McElroy et al. (2015), Tracy et al. (2010) e Tracy et al. (2013) observaram que 60% a 70% das mulheres investigadas estavam com o exame em dia e Dilley et al. (2010) que mais de 50% das mulheres investigadas tinham realizado nos últimos três anos.

Desta forma, o presente estudo constatou que houve falhas no atendimento ginecológico das mulheres investigadas, uma vez que percentual inferior de mulheres (36,9%) estava com o exame de papanicolaou em dia, comparado ao que realizou atendimento ginecológico anual (45,6%). Este descompasso aponta para vulnerabilidade programática ao

câncer de colo uterino das mulheres investigadas, uma vez que foram privadas da possibilidade de diagnóstico precoce. Neste sentido, há necessidade de informações sobre a importância da realização do exame de prevenção secundária tanto para as MSM, a fim de que estas possam estar atentas e exigir o que lhes é direito, como dos profissionais de saúde, para que cumpram com a rotina de rastreio do câncer de colo uterino, já estabelecida nos protocolos nacionais de controle deste agravo (INCA, 2017).

Além da baixa cobertura do rastreio de papanicolaou e da alta prevalência de IST, dentre elas, e, também, de HPV, a maioria das mulheres incluídas no presente estudo era tabagista, acarretando maior vulnerabilidade ao câncer de colo de útero, considerando-se que o tabaco é fator de risco para este agravo (INCA, 2017). Outros estudos anteriores já haviam identificado alto percentual de tabagismo entre MSM: Pinto et al., 2005 (60,7%) e Bertolin et al., 2010 (51%).

Entre as MSM investigadas, foi possível constatar prevalência de IST (51,7%) diagnosticadas por métodos padrão ouro, muito superiores às obtidas em único estudo nacional anterior (Pinto et al., 2005) e duas vezes maior do que a obtida em estudo internacional (26,8%) que investigou 194 MSM, em 2012 (Xiao-Fang et al., 2012). Ressaltado o fato de que as comparações de prevalências de IST devam ser cuidadosas, tendo-se em vista que estas podem variar segundo os métodos diagnósticos empregados, não há dúvidas de que a elevada prevalência observada na presente investigação comprova a alta vulnerabilidade das MSM investigadas a essas infecções.

A realização de testes sorológicos possibilita diagnóstico e tratamento de HIV/IST, prevenindo complicações decorrentes dessas infecções, além de contribuir com a quebra da cadeia epidemiológica de transmissão. Outro estudo nacional (Barbosa e Facchini, 2009) apontou que metade das MSM investigadas havia realizado testes sorológicos para HIV/IST, corroborando com os dados obtidos na presente investigação. Desta forma, identifica-se outra questão ligada ao acesso que implica em vulnerabilidade programática.

Aspectos do perfil comportamental como a alta prevalência de uso de drogas

ilícitas, a multiplicidade de parcerias sexuais, o baixo uso de preservativos nas relações sexuais anais e vaginais e não uso nas relações orais, e o elevado percentual de mulheres que mantinham relações sexuais após uso de álcool e/ou drogas ilícitas apontam para a elevada vulnerabilidade individual às IST/aids.

Na presente pesquisa, 71,8% das mulheres praticavam sexo após o consumo de álcool e drogas ilícitas. Estudos brasileiros realizados anteriormente já apontaram a vulnerabilidade de MSM às IST/aids em função do uso mais frequente de drogas lícitas e ilícitas, aumentando, assim, a propensão de praticarem sexo inseguro, pelas alterações que o estado de consciência provocam (Almeida, 2009; Bertolin et al., 2010). Estudo internacional concluiu que tanto MSM tem menor acesso a cuidados de serviços de saúde para prevenção do que a população geral, pelo uso excessivo de álcool e cigarro (Dilley et al., 2010).

Estudos internacionais e nacionais que avaliaram a utilização de preservativos e práticas sexuais entre MSM também fizeram referência à baixa utilização ou nenhuma utilização de barreiras nas práticas sexuais, corroborando os dados obtidos na presente investigação (Marrazzo et al., 2005; Pinto et al., 2005; Bertolin et al., 2010; Rowena et al., 2013; Lima, 2016) .

A presente pesquisa propôs e testou um escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva de MSM, composto por variáveis que se associam tanto ao acesso a serviços de saúde quanto ao autocuidado com a saúde. A mediana obtida foi de 4 pontos, sendo que nenhuma mulher atingiu o escore máximo. À vista disto, este estudo contribui com a proposição de um modelo de análise de acesso e autocuidado com a saúde de MSM.

A utilização de tabaco, o uso de droga ilícita, relacionamento sexual com seis ou mais parceiras na vida e relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas foram independentemente associadas à diminuição do escore de cuidado. Essas variáveis comportamentais já foram apontadas anteriormente compondo perfil de vulnerabilidade individual às IST/aids em MSM (Almeida, 2009; Bertolin et al., 2010; Bento, 2012; Lima, 2016).

Idade entre 40 a 49 anos associou-se, independentemente, ao aumento do escore de cuidado com a saúde, fato que pode ser justificado em função de que com a chegada dos primeiros sinais do envelhecimento, a mulher inclui maior disciplina nas rotinas de saúde, conforme apontado em estudo realizado com mulheres em geral, sobre questões relacionadas ao climatério, menopausa, maternidade e maternagem (Mendonça, 2016). Também pode ser explicada em função de que com o aumento da idade as doenças crônicas são mais prevalentes, requerendo maior atenção, bem como, em função de maior vivência que pode influenciar na percepção de risco. Futuros estudos devem ser realizados para melhor elucidação desta questão.

O uso de preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais, do mesmo modo, associou-se, independentemente, ao aumento no escore de cuidado. Pode-se inferir que as MSM que apresentaram esse comportamento poderiam estar mais propensas a outras ações de prevenção de agravos à saúde.

Histórico de relação sexual com homens na vida não se associou com o escore de cuidado. Identicamente, não houve diferença entre a mediana desse escore entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homem na vida. Desta forma, não foi possível comprovar a hipótese de que MSM com histórico de relação sexual com homens na vida teriam maior escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.

Estudos anteriores, tanto nacionais como internacionais já evidenciaram que a falta de cuidado de MSM para realização de exames preventivos é devida à baixa percepção de risco de adquirirem uma IST, por terem relação sexual só com mulheres (Marrazzo et al., 2001; Marrazzo, 2004; Kerker et al., 2006; Barbosa e Facchini, 2009). Os achados da presente investigação podem sugerir que ter tido relação sexual com homem na vida não aumentou a percepção de risco para IST/aids, implicando em maior procura para realização de exames diagnósticos, como o papanicolaou e as sorologias, assim como, em comportamentos mais favoráveis à saúde sexual e reprodutiva. Há de se considerar que experiências sexuais com homem apenas pontualmente ou em caráter de experimentação podem contribuir para a menor percepção de risco entre essas mulheres.

Por fim, destaca-se que o perfil das mulheres incluídas no estudo sugere condições socioeconômicas favoráveis, na medida em que a maioria era branca, com alto nível de escolaridade, exercia atividade remunerada e tinha renda *per capita* familiar acima de um salário mínimo. Tendo-se em vista a ampla divulgação da pesquisa em várias mídias, o perfil das MSM investigadas pode sugerir que aquelas com baixo nível socioeconômico tenham dificuldades/barreiras de acesso ainda maiores do que as evidenciadas nesta investigação.

Constituem-se em limitações deste estudo o fato de ter sido desenvolvido locoregionalmente e com amostra de conveniência, porém, ressaltam-se as dificuldades de constituição da amostra, por características peculiares do grupo pesquisado. Entretanto, os resultados poderão contribuir com o aprimoramento do acesso e cuidado à saúde de MSM em outros cenários.

Apesar do acesso universal configurar-se como um direito de cidadania e ser um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde e ter sido alvo de diversas políticas e programas, com destaque mais recente para a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

(BRASIL, 2011b), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ (BRASIL, 2011c) e a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no país (Brasil, 2011d), muitos desafios terão que ser vencidos.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que apesar de a maioria das MSM terem acesso aos serviços de saúde, apresentavam muitas lacunas no cuidado com a saúde sexual e reprodutiva.

A maioria das MSM que compuseram a amostra do estudo eram usuárias do serviço público de saúde, especialmente de unidades básicas de saúde e pronto socorro, entretanto, procuravam os serviços apenas quando adoeciam ou sentiam algum desconforto. Pouco mais da metade referiu enfrentar dificuldades/barreiras quando procurou serviço de saúde e/ou na relação com os profissionais e/ou à satisfação de suas necessidades de saúde, sendo estas relacionadas à estrutura e organização dos serviços e à relação profissional de saúde- usuário.

Necessidades de saúde específicas de MSM podem deixar de estar sendo identificadas e abordadas pelos profissionais de saúde, tendo-se em vista que quase a metade delas não revelava a prática sexual com mulher.

Quanto ao cuidado com a saúde sexual e reprodutiva, identificou-se elevado percentual de mulheres que não realizava atendimento ginecológico anual, não estava com o papanicolaou em dia, era tabagista e fazia uso de alguma droga ilícita, não havia realizado sorologia para IST/aids, mantinha relação sexual após o consumo de álcool e/ou drogas ilícitas e não fazia uso regular de preservativos, apontando para vulnerabilidade individual, social e programática às IST, comprovada pela elevada prevalência desses agravos.

A idade e o uso de preservativo em todas as relações sexuais anais e vaginais foram, independentemente, associados com o aumento do escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva e utilização de tabaco, de droga ilícita, relacionamento sexual com seis ou mais parceiras na vida e relação sexual após uso de álcool e/ou drogas ilícitas com seu decréscimo.

Não houve diferença no escore de cuidado com a saúde sexual e reprodutiva entre mulheres com e sem histórico de relação sexual com homens na vida.

Conclui-se, por fim, que este estudo vem contribuir para o planejamento de ações mais abrangentes, voltadas à promoção da saúde integral de mulheres que fazem sexo com mulheres, à medida que aponta contexto de vulnerabilidade e de necessidades, relativas à saúde sexual e reprodutiva de mulheres residentes no interior do Estado de São Paulo.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque GA, Lima C, Quirino GS, Alves MJH, Belém JM, Figuwiredo FWS, et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2016;16:2. doi: 10.1186/s12914-015-0072-9.
- Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbicas. *Physis*. 2009;19(2):301-31.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1-10
- Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012;17(11):2865-75.
- Ayres JRCM, França I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
- Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.
- Bacci I. 1º Encontro Paulista de Prevenção e Controle das DST/AIDS. São Paulo: Coordenação Estadual de DST/AIDS; 2009. p. 24-8.
- Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25 Supl 2:291-300.
- Barbosa RM, Koyama MAH. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1511-4.
- Bento AP. *A saúde das Mulheres Lésbicas: uma pesquisa bibliográfica [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social; 2012.
- Bertolin DC, Ribeirto RCHM, Cesariano CB, Silva DC, Prado DO, Parro ES. Conhecimento

de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre papilomavírus humanos. *Cogitare Enferm.* 2010;15(4):730-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) 21 anos depois. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Chegou a hora de cuidar da saúde: um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2836, de 01 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2.488/2011. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b [citado 10 Fev 2012]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2488_21_10_2011.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.654/2011. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c [citado 10 Fev 2012]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7580, de 28 de junho de 2011 Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2011d [citado 12 Set 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação

social. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Política para Mulheres. Atenção integral à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: relatório da oficina. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2016a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Conferências conjuntas de direitos humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016b [citado 12 Set 2016]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/conferenciasdh/3a-conferencia-nacional-lgbt>.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016c.

Carrara S, Ramos S, Simões JA, Facchini R. Política, direitos, violência e homossexualidade pesquisa 9a parada do orgulho GLBT. São Paulo: Centro Latino Americano de Sexualidade e Direitos Humanos; 2005.

Carvalho LS, Philippi MM. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. *Universitas: Cienc Saude*. 2013;11(2):83-92.

D'Oliveira AFPL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção a saúde da mulher. *Interface (Botucatu)*. 1999;3(4):105-22.

Davis S, Berlinger N. Moral progress in the public safety net: access for transgender and LGB patients. *Hastings Center Rep*. 2014; 44 Suppl 4:S45-7.

Dilley JA, Simmons KW, Boysun MJ, Pizacani BA, Stark MJ. Demonstrating the importance and feasibility of including sexual orientation in public health surveys: health disparities in the Pacific Northwest. *Am J Public Health*. 2010;100(3):460-7.

Duarte MTC, Godoy I, Silva MGS, Andrade J, Ignacio MAO, Freitas APF. Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres [projeto de pesquisa]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu; 2014.

Egry EY, Oliveira MAC. Marcos teóricos e conceituais de necessidades. In: Egry EY. Necessidades de saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone; 2008. p. 33-40.

Handcock MS, Gile KJ. On the concept of snowball sampling. *Sociol Methodol*. 2011;41(1):367-71.

Hino P, Ciosak ST, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1156-67.

Hirsch O, Löltgen K, Becker A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):162.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades região de São Paulo [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 19 Jan 2017]. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=_EN&codmun=350750&idtema=130&search=sao-paulo|botucatu|population-estimate-2016-.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@, região de São Paulo. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 13 Ago 2014]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=350750&idtema=90&search=sao-paulo|botucatu|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->.

Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer de colo do útero [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2016 [citado 24 Abr 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio

Instituto Nacional de Câncer. Controle do câncer do câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2017 [citado 15 Jan 2017]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce.

Kerker BD, Mostastashi F, Thorpe L. Health care access and utilization among women who have sex with women: sexual behavior and identity. *J Urban Health*. 2006;5(83):970-9.

Koh CS, Kang M, Usherwood T. I demand to be treated as the person I am: experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual,

transgender or queer. *Sexual Health*. 2014;11(3):258-64.

Leão EM, Marinho LFB. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. *Rev Promoc Saude*. 2002;3(6):31-6.

Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(1):12-7.

Lima, MAS. Vulnerabilidade e prevenção às DST's nas práticas afetivo-sexuais de lésbica. [dissertação]. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2016.

Marrazzo JM. Barriers to infectious disease care among lesbians. *Emerg Infect Dis*. 2004;10(11):1974-5.

Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. *Am J Public Health*. 2001;91(9):947-52.

McElroy JA, Wintemberg JJ, Williams A. Comparison of lesbian and bisexual women to heterosexual women's screening prevalence for breast, cervical, and colorectal cancer in Missouri. *LGBT Health*. 2015;2(2):188-9

Melo AP. "‘Mulher mulher’ e ‘outras mulheres’: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2010.

Mendonça MC. Comunicação, consumo e a subjetividade das mulheres-mães no climatério e menopausa [Internet]. In: *Anais do Congresso Internacional Comunicação e consumo; 2016; São Paulo*. São Paulo: Comunicon; 2016 [citado 15 Jan 2017]. Disponível em: http://anais-comunicon2016.espm.br/GTs/GTPOS/GT6/GT06-MARIA_MENDONCA.pdf.

Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1335-42.

Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Rev Estud Fem*. 2013;21(3):905-26.

Moraes L, Esteves MC. Práticas sexuais de mulheres lésbicas e bissexuais e a relação com a

prevenção das Dst/Hiv/Aids. In: Anais do Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades, Direito, Relações Etnorraciais, Educação, Trabalho, Reprodução, Diversidade Sexual, Comunicação e Cultura; 2011; Salvador, Brasil. Salvador: Centro de Convenções da Bahia; 2011.

Moran N. Lesbian health care needs. *Can Fam Physician*. 1996;42:879-84.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Gryscek ALPL, Araújo NVD, Padoveze MC, Ciosak SI, et al. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. *Rev Esc Enferm*. 2011;45(2):1769-73.

Nóbrega BSM, Oliveira JL, Almeida RO, Abdalla FTM, Nichiata LYI, Carvalho PMG. Prevention of sexually transmitted diseases by homosexual and bisexual women: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2013;12(4):931-41.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saude Publica*. 1998;14(1):25-32.

Pinto VM, Tancredib MV, Neto AT, Buchallad CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behavior among women who have sex with women. *AIDS*. 2005;19(4):64-9.

Rodrigues JL. Estereótipos de gênero e cuidado em saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.

Rowena TS, Breyerb BN, Linc TC, Lid CS, Robertsona PA, Shindele AW. Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;120(1):42-5.

Rufino AC. Saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres: Relatório da oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais”. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Santos CR. A invisibilidade das mulheres que fazem sexo com mulheres [dissertação]. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2011.

São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/aids. Programa Estadual de DST/aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

- Scharaiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidade de Saúde e Atenção Primária. In Scharaiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2000. Cap. 1, p. 29-31. (Saúde em Debate; 96). (Série Didática).
- Sell RL, Petruccio C. Sampling homosexuals, bisexuals, gays, and lesbians for public health research: a review of the literature from 1990 to 1992. *J Homosex*. 1996;30(4):31-47.
- Solomon D, Nayar R. The Bethesda system for reporting cervical cytology. New York: Springer-Verlag; 2004. p. 191.
- Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Soc*. 2008;10(22):161-82.
- Souza JC. Cuidados do enfermeiro à mulher lésbica na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2015
- Tracy JK, Lydecker AD, Ireland L. Barriers to cervical cancer screening among lesbians. *J Womens Health*. 2010;19(2):229-37.
- Tracy Jk, Schluterman NH, Greenberg DR. Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. *BMC Public Health*. 2013;19(13):442.
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2004 [citado 19 Jan 2017];20 Supl 2:S190-8. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso.
- Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saude Publica*. 2007;23(10):2490-502.
- Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis*. 2011;21(4):1451-67.
- Villela W, Monteiro S. Gênero e saúde: programa saúde da família em questão. São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA; 2005.
- Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20.

Xiao-fang W, Norris JL, Kathleen LYH, Ning RW. Health-related attitudes and risk factors for sexually transmitted infections of Chinese women who have sex with women. *Chin Med J*. 2012;125(16):2819-25.

ANEXO

Anexo I

Sensibilização dos Profissionais da saúde da Atenção Primária para o cuidado integral à Saúde da Mulheres que fazem sexo com Mulher

Número de oficina: 2 períodos (para todos conseguirem participar)

Público Alvo: Médicos, Enfermeiros e outros profissionais

Local previsto: Secretária Municipal da Saúde - Sala saber saúde

Horário: 13:15 h às 17 horas

Número de vagas: 50 para cada dia

Datas: 16 e 23 de agosto de 2016




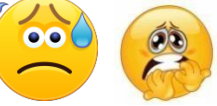



Objetivo:

Sensibilizar os profissionais de saúde para o atendimento integral e específico de MSM. Proporcionar o conhecimento atualizado sobre saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, pois os profissionais de saúde em geral desconhecem as especificidades e necessidades de saúde dessa população.

Segue a programação que foi realizada.

Horário	Temas	Profissional
13:15 – 13:30h	Explicar a proposta da Oficina e contrato de convivência	Profa. Dra. Marli T. C. Duarte
13:30 – 14:00h	Vídeo de atendimento	Profa. Dra. Marli T. C. Duarte
14:00 – 14:20h	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT	Enfa. Ms. Juliane Andrade
14:20 – 14:40h	Vulnerabilidade das mulheres lésbicas e bissexuais	Enfa. Ms. Juliane Andrade
14:40 – 15:00	Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis e de Alterações da Microbiota Vaginal e Fatores Associados em Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres.	Enfa. Ms. Mariana Alice Oliveira Ignácio
Coffee Break		
15:20 – 15:40	Acesso e acolhimento às MSM em Botucatu	Enfa. Ana Paula de F. Freitas
15:40 – 16:30	Grupo- Estratégias de acolhimento	Profa. Dra. Marli T. C. Duarte
16:30 – 16:40	Acesso às técnicas reprodutivas.	Enfa. Ms. Juliane Andrade
16:40–17:00	Fechamento e Avaliação da oficina	Profa. Dra. Marli T. C. Duarte

Anexo II


REAÇÕES	IMPRESSÕES	ASSINALE COM X	COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES E CRÍTICAS
	CANSADO		
	SATISFEITO		
	SURPRESO		
	PREOCUPADO		
	INDIFERENTE		
	COM DÚVIDAS		
	QUERO MAIS		

* podem ser assinaladas mais de uma opção

Nome (opcional) _____

APÊNDICES

Apêndice 1



Projeto
Cuidando da
**Saúde da
Mulher**
que faz sexo com
Mulher

Você se beneficiará com as orientações importantes para sua saúde e exames preventivos!!!

Sigilo absoluto da identificação de cada Mulher

CHEGOU A HORA DE CUIDAR DA SUA SAÚDE

O Projeto é para:
Mulher que gosta de Mulher e Mulher que gosta de Mulher e Homem.
As mulheres que têm relação sexual com mulheres não se acham em risco para adquirir algumas **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**, por isso o Projeto vem para proporcionar a essas Mulheres a oportunidade ímpar de cuidar da sua saúde com exames importantes e alguns não são encontrados na rede pública e nem particular.

PARTICIPE!!!!
Convide suas amigas, namoradas, parceiras...

AGENDE O SEU HORÁRIO

Whatsapp:(14)99707-7671
ou
Entre em contato
(14) 3811-1125
(14) 98128-8121 (tim)
(14) 99602-8252 (vivo)
(14) 99147-0880 (claro)
e-mail: projetocsmm@gmail.com
www.facebook.com/cuidadosaudedamulher

Quer participar?
Conhecer melhor o projeto?

Apêndice 2

Projeto



Sigilo absoluto da
identificação de cada Mulher

Quer participar ????
Conhecer melhor o projeto???

contato:

(14)3811-1125 (14) 99602-8252(vivo)

(14) 98128-8121 (tim) (14) 991470880(claro)

E-mail: projetoctsm@gmail.com

<https://www.facebook.com/cuidandodasaudedamulher>

Você se beneficiará com **orientações** importantes
para sua saúde e **exames preventivos!!!**

Local: Espaço Saúde, ao lado do SAMU. Avenida 323, Centro. Botucatu-SP.

Whatsapp: (14) 99707-7671

Apêndice 3

Número: _____

Instrumento de Coleta de Dados

Entrevistador: _____ Coletor: _____

Iniciais do Nome: _____

Contato: _____ (1)

Endereço: _____ Municipio _____

(2) Telefone: _____

Se não aceitou participar de alguma parte da pesquisa, por qual motivo você não quer participar dessa parte da pesquisa?

1 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Qual sua idade? _____ anos DN: ____/____/____

Qual sua cor? (0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena

Até que série estudou? Escolaridade (anos de estudo concluído): _____

Qual seu estado civil? (0) casada no cartório (1) união estável (2) solteira (3) separada/divorciada (4) viúva

Tem alguma atividade remunerada (que ganha dinheiro)? (0) não (1) sim

Qual _____ sua
ocupação? _____

Você tem previdência social?(aposentadoria, pensão e outras formas de benefícios recebidos)(0) não (1) sim

Qual a renda de sua família? Renda familiar- em salários mínimos-: R\$ _____

Qual o número de pessoas que dependem dessa renda? _____

Qual sua religião?(0)católica (1)testemunha de Jeová (2)evangélico (3)kardecista (4)crê em Deus (5)
outros _____

2 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Você frequenta algum serviço de saúde?(0)não (1) sim

Em qual (is) a(s) circunstância(s) você procura um serviço de
saúde? _____

Apenas quando adocece ou sente algum desconforto? (0) não(1) sim

Para realização de exames e outras ações preventivas (ex: papanicolaou, vacinação)? (0) não(1) sim

Para seguimento de tratamento de doença? (0) não(1) sim

Que tipo de serviço de saúde você frequenta? (0) particular (1) público (2) conveniado (3) nenhum

Se público: UBS (0) não(1) sim USF (0) não(1) sim serviço especializado(0) não(1) sim PS(0) não(1) sim não
se aplica(0) não (1) sim

Você já encontrou alguma dificuldade quando procurou um serviço de saúde?(0) não (1) sim (2) não se aplica

Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica _____

Você encontrou alguma dificuldade em relação aos profissionais de saúde que atenderam você? (0) não (1) sim (2) não se aplica
Quais foram essas dificuldades? (0) não se aplica _____

Em que circunstâncias você acha que você deveria procurar um serviço de saúde? _____

Você acha que suas necessidades de saúde estão sendo satisfeitas pelos serviços de saúde? (0) não (1) sim Se não, em que ponto não estão sendo satisfeitas? (0) não se aplica _____

Quando você procura o serviço de saúde diz que faz sexo com mulher? (0) não (1) sim

3 CONHECIMENTO SOBRE DST/AIDS

O que são doenças sexualmente transmissíveis? _____

Quais doenças sexualmente transmissíveis você conhece? _____

Como se pega uma doença sexualmente transmissíveis? _____

Como elas podem se manifestar (sintomas)? _____

O _____ que _____ é aids? _____

Uma pessoa infectada pelo HIV tem aids? _____

Como o HIV pode ser transmitido? _____

Como se previne DST/aids? _____

Como ficou sabendo dessas informações? _____

4 CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS

Você fuma? (0) não (1) sim* (uso pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses) (2) ex-tabagista

Você faz uso de Maconha? (0) não (1) sim* Cocaína:(0) não(1) sim* Craque:(0) não (1) sim*

Você faz uso de álcool? (0) uso diário (1) 1 a 2 X/ semana (2) 3 a 4 X/semana (3) eventual(4) não usa

(*12 meses anteriores à inclusão no estudo) Outra droga(0) não (1) sim qual _____

5 COMPORTAMENTO SEXUAL

Com que idade você teve sua 1ª relação sexual? _____ anos

Como você se vê (identidade de gênero)? (0) como homem (1) como mulher (2) não definiu

Tem vida sexual ativa?(0) não (1) sim* (*pelo menos uma relação sexual nos últimos 12 meses)

Durante sua vida, você teve relações sexuais? (0) somente com mulheres (1) com homens e mulheres

Você teve alguma relação que não foi consentida por você?(0) não (1) sim, se sim (0) Homem ou (1) Mulher

(2) não se aplica

No último ano você teve relações sexuais? (0) somente com mulheres (1) com homens e mulheres (2) somente com homens

Nos últimos 6 meses você teve relações sexuais?(0) somente com mulheres(1)com homens e mulheres(2)somente com homens

Quantas parcerias sexuais você teve na vida? ___(H)___(M)(total de parcerias sexuais desde o início da atividade sexual)

Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 12 meses: ___(H)___(M)

Quantas parcerias sexuais você teve nos últimos 3 meses: ___(H)___(M)

Na sua vida, você teve que tipo de parcerias? (0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

E no último ano?(0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

E nos últimos 3 meses?(0) somente fixa (1) fixa e eventual (2) somente eventual

Hoje, você tem uma Parceria fixa? (0) não (1) sim. (companheira/companheiro, namorada/namorado, noiva/noivo, ficante)

Se sim, com: (0) homem (1)mulher (2) não se aplica

Você sabe se sua parceria feminina atual (se não tiver atual a última) tem relação sexual com homens?(0) não (1) sim

Você já fez sexo em troca de dinheiro, drogas ou algum benefício na vida?(0) não (1) sim

E no último ano? (0) não (1) sim

Você realiza ducha vaginal?(0) não (1) sim Produto: _____ Frequência: _____

6 PRÁTICAS SEXUAIS

Quando faz sexo, você tem Penetração vaginal?(0) não (1) sim.

De que tipo? (1) somente faz- ativa (2) somente recebe- passiva (0) ambos- relativa

De que forma ocorre a penetração: (0) pênis (1) dedo (2) mão (3) acessórios (4) outros _____(5) não se aplica

Que tipo de acessório usa? (0) não se aplica _____

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2)em todas as relações (3)não se aplica

Por que não usa preservativo? (0) não se aplica _____

Faz uso de lubrificante nesse tipo de relação?(0) não (1) sim (2) não se aplica

Qual a frequência desse tipo de relação sexual?_____(por semana)_____(por mês) (0) não se aplica

Quando faz sexo, tem Penetração anal? (0) não (1) sim De que tipo? (0) ambos- relativa (1) somente faz- ativa (2) somente recebe- passiva (3) não se aplica

Qual é a forma de penetração: (0) pênis (1) dedo (2) mão (3) acessórios (4)outros _____(5) não se aplica

Que tipo de acessório usa? (0) não se aplica _____

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0)nunca (1) às vezes (2)em todas as relações (3)não se aplica

Por que não usa preservativo? (0) não se aplica _____

Faz uso de lubrificante nesse tipo de relação?(0) não (1) sim (2) não se aplica

Qual a frequência desse tipo de relação sexual?_____(por semana)_____(por mês)

Você faz Sexo Oral na sua parceria? (0) não (1) sim

Usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações (3) não se aplica

Por que não usa preservativo? (0) não se aplica _____

Qual a frequência desse tipo de relação sexual? _____(por semana)_____(por mês)_____(outra frequência)

Sua parceria faz Sexo Oral em você? (0) não (1) sim

Ela usa Preservativo nesse tipo de relação?(0) nunca (1) às vezes (2) em todas as relações (3) não se aplica

Por que não usa preservativo? (0) não se aplica _____

Outras práticas (Outra forma diferente de praticar o sexo):(0) não (1) sim _____

Compartilha acessórios sexuais? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Usa preservativo no acessório? (0) não (1) sim (2) não se aplica

Tem relação no período menstrual? (0) não (1) sim. Se sim, em qual prática? (0) não se aplica _____

Usa preservativo nesta situação? (0) não(1) sim (2) não se aplica

Já usou o preservativo feminino?(0) nunca usou(1)experimentou (2) uso às vezes (3)regular (4)não conhece (5) não se aplica

Em qual tipo de sexo fez ou faz uso do preservativo feminino? (0) não se aplica _____

Você tem relação sexual após o uso de droga? (0) não (1) sim (2) não se aplica.

Você tem relação sexual após o uso de bebida alcoólica? (0) não (1) sim (2) não se aplica.

Tem prazer na relação sexual? (0) sempre (1) às vezes (2) nunca

Qual a prática que você sente maior prazer? (0) não se aplica _____

Você já sofreu preconceito por causa de sua orientação sexual?(0) não (1) sim

Conte-me como foi: (0) não se aplica _____

7 REPRODUÇÃO

Você menstrua? (Período da menacme) (0) não (1) sim

Você já entrou na menopausa?(Período pós-menopausa) (0) não (1) sim

Tem filhos?(0) não (1) sim quantos?_____G P A C /adotado

Teve algum Aborto anterior?(0)não (1) sim(2)não se aplica/ Se sim? (0) espontâneo (1) provocado (2) não se aplica

Como foi concebido?(0)sexo com homem(1) autoinseminação (2) inseminação artificial (3) adotado(4) não se aplica

Atualmente, você deseja ter filhos? (0) não (1) sim

Quem engravidaria? (0) você (entrevistada) (1) sua parceria (2) não se aplica

Como você pensa realizar esse desejo?(0) sexo com homem(1) autoinseminação (2) inseminação artificial (3) adoção(4) não se aplica

Qual o método anticoncepcional que você utiliza? (0) hormonal (1) laqueadura (2) vasectomia (3) preservativo (4) DIU (5) “tabelinha” (6) nenhum MAC (7) menopausa (8) histerectomia

8 DADOS CLÍNICOS

Qual a última vez que você procurou atendimento ginecológico? _____

Por que procurou? _____

Você já fez o exame de papanicolaou? (0) não (1) sim

Se não, por quê? _____

Se sim, data do último papanicolaou: _____ **Resultado do último papanicolaou:**

_____ **Com que frequência você realiza o papanicolaou? (0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2) a cada 2 anos (3) a cada 3 anos (4) raramente (5) não se aplica**

Já teve alguma alteração no papanicolaou?(Antecedente de lesão precursora ou neoplásica do colo uterino) (0) não (1) sim (2) não se aplica

Já fez algum procedimento devido essa alteração?(Antecedente de tratamento para lesão precursora ou neoplásica do colo uterino-conização, cirurg. de alta freq., histerectomia e braquiterapia) (0) não (1) sim (2) não se aplica

Já realizou mamografia? (A partir de 50 anos)(0) não (1) sim (2) não se aplica

Se não, por quê? (0) não se aplica _____

Se sim, data da última mamografia: _____ **Resultado da última mamografia:** _____

Com que frequência você realiza a mamografia? (0) 2x/ ano (1) 1x/ano (2) a cada 2 anos (3) quando lembra (4) raramente-mais de 3 anos- (5) não se aplica

Sua vacina encontra-se em dia? (0) não (1) sim (2) não sabe (3) nunca tomou vacinas

Dupla Adulto: (0) esquema completo e reforço em dia (1) esquema completo e reforço atrasado (2) esquema incompleto (3) não vacinada (4) sem informação

Febre Amarela: (0) vacinada e em dia (1) vacinada e reforço atrasado (2) não vacinada (3) sem informação

SCR: (0) 1 dose (1) 2 doses (2) nenhuma dose (3) sem informação

Hepatite B: (0) esquema completo (1) esquema incompleto (3) não vacinada (4) sem informação

Já teve alguma de DST? (0) não (1) sim

(0) sífilis (1) gonorréia (2) tricomoníase (3) cerviciteclamidiana (4) herpes genital (5) condilomatose

(6) vesículas (7) feridas (8) não se aplica Região: (0) genital (1) oral (2) anal (3) não se aplica

Já fez coleta de sorologias para DST/aids anteriormente?(0) não (1) sim

Antes e após a coleta você recebeu informações sobre DST?Aconselhamento (0) não (1) sim (2) não se aplica

Você se considera uma pessoa de risco para adquirir DST?(0) não (1) sim.Por quê? _____

Você se considera uma pessoa de risco para adquirir aids?(0) não (1) sim.Por quê? _____

Tem alguma queixa ginecológica hoje? (0) não (1) sim. _____

Corrimento: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito (3) não se aplica Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: _____ (4) não se aplica

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro: _____ (4) não se aplica Odor: (0) não (1) sim (2) às vezes (3) não se aplica

Prurido: (0) não (1) sim (2) às vezes (3) não se aplica Ardor genital: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

Dor em baixo ventre: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica Dor (profunda) à relação sexual: (0) Não (1) Sim (2) não se aplica

EXAME DA CAVIDADE ORAL

Gengiva:(0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Características da lesão _____

Mucosa da bochecha: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

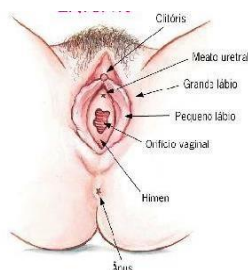
Palato anterior: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

Palato Posterior: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

Língua: (0) ausência de lesão (1) presença de lesão. Característica da lesão: _____

EXAME GINECOLÓGICO

DURS: _____ DUM: ____/____/____



Exame:

Vulva: (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações

Vagina: (0) sem alteração (1) lesão: _____ (2) hiperemia (3) escoriações

Conteúdo vaginal: (0) não (1) sim Intensidade: (0) pouco (1) moderado (2) muito

Aspecto: (0) Fluido (1) pastoso (2) bifásico (3) outro: _____

Cor: (0) branco (1) amarelo (2) acinzentado (3) outro: _____

pH vaginal: _____ < 4.5 (0) não (1) sim Whiff test: (0) presente (1) ausente (2) duvidoso

Colo uterino: (0) epitelizado (1) ectopia JEC: _____ (2) friável (3) outros: _____

9 DADOS LABORATORIAIS

Resultado da CO: (0) dentro dos limites da normalidade (1) Alterações celulares benignas (reativas ou reparativas) (2) Atípias de significado indeterminado em células escamosas (3) Atípias de significado indeterminado em células glandulares (4) Atípias de origem indefinida (5) LSIL (6) HSIL (7) HSIL não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor (8) Adenocarcinoma *in situ* e invasor

Resultado do Gram: Flora I (0) não (1) sim; Vaginose bacteriana: (0) não (1) sim Flora II: (0) não (1) sim

Outras alterações de flora (ausência de microbiota, colapsos de flora não descritos como anormais): (0) não (1) sim

Candidose vaginal: (0) não (1) sim

Gonorréia: (0) não (1) sim Tricomoníase: (0) não (1) sim *C. trachomatis*: (0) não (1) sim Sífilis: (0) não (1) sim

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim Genótipos: _____

Hepatite B: (0) não (1) sim HIV positivo: (0) não (1) sim

Resultado do exame da cavidade oral

Infecção pelo HPV: (0) não (1) sim Genótipos: _____

Apêndice IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa “**Acesso a serviços de saúde e saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres**”, que objetiva analisar aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres e, assim, contribuir para o estabelecimento de políticas e práticas de cuidados voltados à atenção integral a saúde desse grupo populacional. Esta pesquisa é coordenada pela Profa. do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP **Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte**. A pesquisa contempla três subprojetos, a saber:

Subprojeto I: “Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres residentes em município do interior paulista”, cujo objetivo é analisar a vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às doenças sexualmente transmissíveis/aids, a ser desenvolvido pelas pesquisadoras Sra. Juliane Andrade e Profa. Dra. Ilda de Godoy.

Subprojeto II: “Prevalência de infecções do trato genital inferior feminino e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres”, que objetiva conhecer a prevalência de infecções genitais em mulheres que fazem sexo com mulheres, a ser desenvolvido pela **enfermeira Mariana Alice de Oliveira Ignácio**.

Subprojeto III: “Necessidades de saúde e acesso a serviços de mulheres que fazem sexo com mulheres”, que tem por objetivo analisar como é o acesso aos serviços de saúde e quais são as necessidades de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres, a ser desenvolvida pela **enfermeira Ana Paula Freneda de Freitas**.

Sua participação implicará em responder as questões da entrevista que durará em média 20 minutos, e submeter-se a exame ginecológico, da boca e a coleta de sangue para realização dos exames sorológicos para HIV, sífilis, Hepatite B e C, que durarão em média 30 minutos e serão realizados pelas pesquisadoras. Para o exame ginecológico, será necessário a introdução de um aparelho de metal, estéril, conhecido como “bico de pato” (espéculo), que afastará as paredes vaginais, a fim de permitir a visualização das mesmas e do colo do útero, bem como a coleta de amostras (secreção) para exames laboratoriais. O material da parede vaginal e do colo do útero será coletado por meio de um cotonete, para verificação da presença de microorganismos que causam doenças. Será, também, realizada coleta de material com uma espátula de madeira (tipo palito de sorvete) e escovinha para fazer o exame de Papanicolaou. A coleta do material da boca será feita com uma escovinha. A coleta do sangue será feita com seringa e agulha descartável.

Pelo presente instrumento, eu, _____, devidamente, esclarecida, ciente dos procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que as mesmas estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo do meu atendimento na rede pública de Botucatu**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/1609.

Botucatu, _____ de _____ de 20__

Assinatura da paciente

Juliane Andrade
Avenida Santanna 323, Centro, Botucatu-SP
Fone: (14) 38111125, 981288121
e-mail: projetcmsm@gmail.com

Ana Paula Freneda de Freitas
Rua João Gotardi 392, Vila Ferroviária, Botucatu-SP.
Fone: (14) 996028252
e-mail: projetcmsm@gmail.com

Mariana Alice de Oliveira Ignácio
Rua Jorge Venancio 161, Parque Marajoara,
Botucatu-SP
Fone: (14) 991470880 e-mail:
projetcmsm@gmail.com

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte
Rua Itagiba de Moraes Pupo, 41
Jardim Alvorada cep:18650-000 São Manuel/sp
Fone: (14) 996058319
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

