

Mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero do Centro-Oeste brasileiro: desafios na promoção do cuidado em saúde sexual

Lesbians and cisgender bisexual women in the Brazilian Midwest: Challenges in promoting sexual health care

Mujeres lesbianas y bissexuales cisgénero en el Medio Oeste brasileño: desafíos en la promoción de la salud sexual

Pablo Cardozo Roccon^{1,3}, Murilo Kauê Leão Arruda Soares², Mariana Rosa Soares³, Dominique da Silva Reis³, Bruna Andrade Irineu^{3,4}, Gislayne Cristina Figueiredo⁴

DOI: 10.1590/2358-2898202615011604P

RESUMO Esta pesquisa buscou analisar a compreensão de mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero sobre as possibilidades de transmissão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a partir de suas práticas sexuais e seu conhecimento prévio acerca das principais estratégias de prevenção. Foram entrevistadas 14 (quatorze) mulheres cisgênero (lésbicas e bissexuais), que utilizaram serviços de saúde no município de Cuiabá, localizado no estado de Mato Grosso. Os resultados revelam que as principais estratégias de prevenção relatadas foram o uso de insulfilme e de luva cortada, camisinha para dildos, próteses ou simulacros penianos, dedeira, higiene com as mãos, não compartilhamento de objetos sexuais, evitar lesões com o corte das unhas. Com relação ao meio de acesso às informações sobre prevenção e transmissão de IST, as principais fontes foram sites da internet, como Youtube e Twitter. Conclui-se que a ausência de métodos de prevenção e informação que tratem com dignidade as relações sexuais entre mulheres as deixa à deriva da busca pessoal em canais de comunicação não regulamentados pela saúde, produzindo iniquidades no acesso à saúde.

PALAVRAS-CHAVE Prevenção primária. Infecções por HIV. Minorias sexuais e de gênero. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT This research aimed to analyze the understanding of cisgender lesbian and bisexual women regarding the possibilities of Sexually Transmitted Infections (STI) transmission based on their sexual practices and their prior knowledge of the main prevention strategies. Fourteen (14) cisgender women (lesbian and bisexual) who had used health services in the municipality of Cuiabá, located in the state of Mato Grosso, were interviewed. The results reveal that the main prevention strategies reported included the use of plastic wrap and cut gloves, condoms for dildos, prostheses, or penile simulacra, finger cots, hand hygiene, non-sharing of sexual objects, and avoiding injuries by trimming fingernails. Regarding sources of information on STI prevention and transmission, the main channels mentioned were internet websites such as YouTube and Twitter. It is concluded that the absence of prevention methods and information that treat sexual relations between women with dignity leaves them adrift, searching for solutions on their own through communication channels not regulated by health services, producing inequities in access to healthcare.

KEYWORDS Primary prevention. HIV infections. Sexual and gender minorities. Comprehensive health care.

RESUMEN Esta investigación buscó analizar la comprensión de las mujeres cisgénero lesbianas y bissexuales sobre el potencial de transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) a través de sus prácticas sexuales y su conocimiento previo de las estrategias clave de prevención. Se entrevistó a catorce mujeres cisgénero (lesbianas y bissexuales) que acudieron a los servicios de salud del municipio de Cuiabá, Mato Grosso. Los resultados revelaron que las principales estrategias de prevención reportadas fueron el uso de películas para ventanas y guantes anticorte, condones para consoladores, prótesis o simulacros de pene, dediles, higiene de manos, no compartir objetos sexuales y evitar lesiones por el corte de uñas. En cuanto al acceso a información sobre la prevención y transmisión de ITS, las principales fuentes fueron sitios web como YouTube y Twitter. Se concluye que la ausencia de métodos de prevención e información que traten las relaciones sexuales entre mujeres con dignidad las deja a la deriva, buscando soluciones por su cuenta a través de canales de comunicación no regulados por los servicios de salud, lo que produce inequidades en el acceso a la atención médica.

PALABRAS CLAVE Prevención primaria. Infecciones por VIH. Minorías sexuales y de género. Atención integral de salud.

¹Instituto René Rachou (IRR), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz Minas) – Belo Horizonte (MG), Brasil. pablo.roccon@fiocruz.br

²Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva – Cuiabá (MT), Brasil.

³Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Política Social – Cuiabá (MT), Brasil.

⁴Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Programa de Pós-Graduação em Política Social – Cuiabá (MT), Brasil.

Introdução

A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) descreve que o vírus da imunodeficiência humana (HIV) pode ser transmitido pelo contato com diversos fluidos corporais de pessoas infectadas, como sangue, leite materno, sêmen e secreções vaginais. Além disso, os indivíduos podem reduzir a possibilidade de infecção por HIV limitando a exposição aos fatores de risco, fazendo uso de preservativos masculinos e femininos, testagem e aconselhamento para HIV e outras IST, uso de antirretrovirais, adoção de práticas de redução de danos e eliminação da transmissão vertical do HIV¹.

Apesar das informações divulgadas pela Opas, a literatura científica sobre HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) parece enfatizar possibilidades de transmissão de IST majoritariamente em relações sexuais que envolvam penetração peniana². Nessa realidade, mulheres cisgênero que fazem sexo com mulheres cisgênero (MSM) têm sido negligenciadas sob a ótica do cuidado sexual². Parece haver uma hegemonia de leituras falocêntricas, que invisibiliza práticas sexuais não centradas na lógica de uma penetração peniana³, cissexista⁴, que desconsidera a sexualidade e as práticas afetivas e eróticas de mulheres e pessoas travestis e transexuais, lesbofóbica e bifóbica nas discussões em torno das estratégias preventivas às IST. Mesmo atualmente, ainda há processos de desinformação que apregoam que o vírus da aids não é transmitido na relação entre mulheres ou que não seja algo com que se deva preocupar⁵. Embora o estudo de Almeida³ tenha sido realizado há mais de quinze anos, reitera-se ainda o seu conteúdo por haver poucas pesquisas acerca do assunto.

Precede qualquer debate em nosso estudo abordar a questão da cisgeneridade presumida, que afeta os estudos sobre lesbianidades e bissexualidades femininas. Pfeil e Pfeil⁶ apontam que, distintamente da noção de transgeneridade, cunhada pela medicina/psiquiatria,

o conceito de cisgeneridade emerge dos movimentos sociais trans. Enquanto a transgeneridade foi conceituada no processo de patologização das identidades trans, a cisgeneridade foi conceituada na contramão, visando à despatologização e à defesa da autodeterminação trans. Como aponta Vergueiro⁷, a cisonormatividade envolve uma série de forças socioculturais que produzem discursivamente a cisgeneridade enquanto natural.

A conformidade de gênero e as dissidências de gênero são socialmente construídas, e a binaridade e a permanência alicerçam a cisgeneridade. Desse modo, assume-se neste texto um esforço discursivo de nomear a cisgeneridade de lésbicas e mulheres bissexuais que participaram da pesquisa, ao mesmo tempo que se aponta que há uma cisgeneridade presumida quando se trata de práticas sexuais entre mulheres, que impactará o próprio cuidado em saúde sexual, objeto analisado neste texto.

Dessa forma, cabe dizer que a discussão sobre o corpo Lésbico interpelado pela cisonormatividade evoca uma crença de invulnerabilidade às IST, derivadas de um período de priorização da comunidade homossexual masculina, na década de 1980, com casos de HIV². A crescente concentração dos casos entre homens fez parecer, erroneamente, que o corpo lésbico cisgênero seria imune à infecção via transmissão sexual entre mulheres². A forma como a transmissão do HIV foi pensada fez com que, até a década de 1990, no Brasil, a possibilidade de propagação entre mulheres que se relacionavam sexualmente com outras mulheres fosse pouco cogitada². A equivocada premissa do sexo lésbico ausente de penetração e fluidos corporais fazia com que se acreditasse numa menor vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV entre lésbicas². Esse cenário de exclusão das sexualidades lésbica e de mulheres bissexuais é também resultado de processos sociais mais amplos, que reúnem um conjunto de leituras socioculturais sobre os gêneros e as sexualidades pautado na heteronormatividade e no binarismo de gênero,

que atravessa a construção do saber médico e as práticas de cuidado, trabalho e gestão dos serviços de saúde⁸.

A partir do exposto, o presente artigo buscou analisar a compreensão de lésbicas e mulheres bissexuais cisgênero sobre as possibilidades de transmissão de IST a partir de suas práticas sexuais e as principais estratégias conhecidas de prevenção de IST entre mulheres lésbicas e bissexuais cisgênero residentes em Cuiabá, no Mato Grosso.

Metodologia

Escolheu-se a pesquisa qualitativa com abordagem cartográfica, que supõe que o caminho (*hódos*) seja anterior à meta (*metá*), e não seja condicionado por ela. A escolha metodológica foi de uma pesquisa com a experiência, compreendida como

um modo de habitar o mundo de um ser que existe, de um ser que não tem outro ser, outra essência, além de sua própria existencial corporal, finita, encarnada, no tempo e no espaço, com outros⁹⁽⁴⁴⁾.

A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas sob inspiração cartográfica¹⁰. Assim, cartografar com a entrevista envolve recuperar “na memória recordações de ações vividas. Um desabrochar de afetos com apelo às experiências passadas que se atualizam no ato de produzir-se em formação”¹¹⁽³¹⁸⁾.

Logo, foram entrevistadas 14 (quatorze) mulheres cisgênero, entre lésbicas e bissexuais, que utilizaram serviços de saúde no município de Cuiabá/MT. O contato com as participantes se deu pelas redes de movimentos sociais. A estratégia para aplicação das entrevistas se deu por meio da metodologia de bola de neve¹². A seleção por bola de neve foi complementada pela saturação teórica, conforme Fontanella et al.¹³, em que, a partir de uma amostra, é realizado um processo contínuo de análise dos dados,

buscando o momento em que pouco de substancialmente novo aparece, considerando os tópicos abordados¹³. A bola de neve foi disparada em dois movimentos: inicialmente, com uma primeira entrevista realizada com uma lésbica, e a outra com uma mulher bissexual. Essas mulheres foram contactadas a partir de indicações de participantes de um grupo de pesquisa da universidade que eram integrantes de movimentos sociais. As demais participantes da pesquisa foram indicadas pelas sementes.

Nesta pesquisa, a amostra foi encerrada com 14 participações, após a constatação da saturação teórica, sendo 6 lésbicas, 7 mulheres bissexuais e 1 mulher que se identificou como lésbica, bissexual e pansexual, todas marcadas pela cisgeneridade. Para participar da entrevista, os critérios de inclusão foram: autoidentificar-se como lésbica ou mulher bissexual; ter mais de 18 anos; concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e ter utilizado serviços de saúde na cidade de Cuiabá/MT.

Para análise das entrevistas transcritas, foi realizada leitura flutuante e análise temática segundo Minayo¹⁴. Foram produzidos 2 temas a partir da análise: 1. Compreensões sobre possibilidades de transmissão de IST em relações sexuais entre mulheres cisgênero; 2. Acesso à informação e estratégias conhecidas para prevenção de IST entre lésbicas e mulheres bissexuais. Os temas foram produzidos em duas etapas. A primeira foi a realização de uma leitura flutuante sobre as transcrições, a fim de identificar de maneira dedutiva em que medida o material trazia evidências já identificadas pela literatura pregressa. A segunda etapa foi a leitura em profundidade, com a identificação de categorias indutivas, buscando quais elementos novos os dados traziam diante do cenário apresentado pela literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE): 46592921.0.0000.5690, Parecer: 4.826.722, e fora garantido o anonimato às participantes.

Resultados e discussão

Compreensões sobre possibilidades de transmissão de IST

Nas práticas sexuais entre mulheres cisgêneras, o potencial risco de transmissão do vírus HIV e outras IST, como sífilis e HPV, estará relacionado com possíveis traumas ocasionados durante o ato sexual, através do contato com sangue menstrual e secreções vaginais, seja por meio de brinquedos sexuais compartilhados ou das variadas formas de utilização do corpo durante o sexo¹⁵.

As compreensões sobre os riscos de transmissão de IST em relações sexuais entre mulheres cisgênero variaram entre as participantes. Como exemplo, destaca-se a participante 2, que expõe uma noção de prevenção vinculada à prática sexual entre pessoas cis-heterossexuais (pessoas que se relacionam com o sexo oposto e não apresentam divergência com o sexo/gênero atribuídos no nascimento), levando-a a não se preocupar com prevenção sexual por estar numa relação com outra mulher cisgênero.

[...] porque que a gente só fica preocupado quando é uma relação hetero, né, porque quando é a... igual agora: eu estou numa relação entre duas mulheres, eu nunca me atentei quanto a isso [...] (Participante 2).

Tal relato é complementado pela participante 3, que narra que o serviço somente oferece informações e orientações sobre IST para mulheres em relações heterossexuais, levando-a à necessidade de buscar informações sobre o assunto em outras fontes.

Não, só de relacionamento com homem, né? [Recebeu orientações nos serviços de saúde sobre prevenção de IST – relata ter buscado essas informações a partir de pesquisas em livros e na internet] (Participante 3).

A participante 4 compartilha a experiência de uma consulta na qual, ao questionar a profissional sobre a existência de orientações, a própria profissional relatou desconhecimento

[...] eu sinto falta de um esclarecimento de falar sobre, é a questão das IST, por exemplo, porque isso é importante, independente de orientação sexual, né? [...] e aí tem alguma orientação específica, a gente que... sexo, duas vaginas, como que funciona a questão de transmissão de IST. Existe métodos? [relata ter perguntado a uma profissional da saúde] [...], e aí ela falou assim: 'não, eu não sei', e aí eu, ela disse que eu a provoquei pesquisar sobre pra ver se ela conhecia alguma coisa, se existia alguém estudando sobre isso, alguém produzindo algum tipo de método relacionado ao sexo de pessoas com vagina, enfim, então foi isso [...]. (Participante 4).

Por fim, a participante 4 aponta uma espécie de desânimo provocado pela ausência de informações nos serviços de saúde para orientá-las sobre cuidados sexuais.

[...] mas eu acho que essa ausência de métodos de proteção dá um desânimo também, pelo menos assim dizendo pessoalmente, de correr atrás, de procurar algo, porque, poxa, vou ter que ficar inventando coisa já tem várias coisas pra relacionamento entre pessoas que têm vaginas e pessoas que têm pênis [...] (Participante 4).

A mesma ausência de orientação recebida por profissionais dos serviços de saúde, compartilhada pela participante 4, e a presença de orientações organizadas por uma heteronormatividade são relatadas pela participante 6.

[...] não tem um cuidado, da mesma forma que é com pessoas heteronormativas, pessoas heterossexuais, sabe? Percebe isso principalmente quando você tá fazendo uma educação ou orientação com relação ao sexo, com relação a preservativo, esse tipo de cuidado, e aí eu já percebi assim com relação a pessoas. Isso é muito presente no serviço público de saúde, e é preocupante, porque não é porque

a pessoa não se relaciona, por exemplo, mulher e homem, que ela não deve receber as mesmas orientações em relação a IST [...] (Participante 6).

Além disso, a participante 6 acrescenta em sua fala um elemento que se relaciona diretamente com a heteronormatividade e como isso corrobora a produção da ausência de conhecimento sobre cuidado sexual nas relações entre mulheres. Segundo a participante,

[...] sei pouca coisa [sobre IST], sei que [...] deveria se usar o preservativo, mas geralmente não se usa, porque tem toda aquela questão de que IST é só no sexo heteronormativo, ou então o sexo entre dois homens. Eu já ouvi muito isso, [...] essa informação falsa de que sexo lésbico, entre mulheres, por exemplo, não tem possibilidade de ter IST porque não tem penetração... o que também já é uma perspectiva bem heteronormativa, bem cisgênera mesmo [...]. Então, assim, eu sei pouquíssima coisa, eu sei da existência do preservativo feminino... só que o que eu ouvia muito, também, era o pessoal falando 'não, mas ele, o preservativo feminino, só pode ser usado também no sexo entre homem e mulher', homens e mulheres cisgênero, né? E eu ficava assim 'gente, eu acho que não', mas eu não sei, eu nunca procurei saber sabe, então eu sei bem pouco [...] (Participante 6).

[...] De verdade, é o tipo de informação e de discussão que eu sei que existe, mas parece que é tão distante, como se fosse uma coisa que só acontecesse em relacionamentos heteronormativos [...] de pênis-vagina e só... (Participante 12).

A partir da análise das falas, evidenciam-se como núcleos de sentido que emergem do conteúdo: heteronormatividade (participantes 2, 3, 6 e 12), falocentrismo (participantes 2, 6 e 12), desconhecimento e ausência de informação (participantes 3, 4 e 6). A Heteronormatividade e o falocentrismo são categorias que representam práticas em saúde que valorizam e naturalizam as práticas sexuais e afetivas pautadas no sexo penetrativo, procriativo, organizado pela prática heterossexual^{2-4,8}. Esses achados

corroboram as evidências de Silva e Gomes¹⁶, Araujo et al.¹⁷, Reis et al.¹⁸ e Azevedo¹⁹, que analisaram os efeitos da heteronormatividade na produção de invisibilização das demandas por cuidado sexual entre mulheres lésbicas e bissexuais. Essa invisibilização é apontada pela participante 9:

[...] e a mulher lésbica ela é esquecida, né? Como se duas vulvas, que nem eu falei anteriormente, ela é vista como não sexo, sendo que, sim, a gente que existe transmissão por fluidos, a gente sabe que existe transmissão por contato, né [...] (Participante 9).

A heteronormatividade e o binarismo de gênero são normas sociais que produzem reflexos importantes sobre as vidas de pessoas não heterossexuais e que não restringem suas vivências à generalização dos gêneros, como lésbicas e mulheres bissexuais cis, por exemplo. Rocon⁸ analisa o binarismo de gênero como uma dicotomização entre corpos ditos femininos e masculinos, identificados e diferenciados apenas pelas características fisiológicas e anatômicas, com destaque para as genitálias. Para o autor⁸, ao se estruturar de maneira normativa na organização social, o binarismo dos gêneros afirma como única possibilidade de existência, como natural, homens e mulheres que se alinham em conformidade com estereótipos de masculino e feminino e, em especial, com as genitálias pênis e vagina, respectivamente, atribuídas ao nascimento. Assim, ser ou não ser homem ou mulher é normativamente condicionado pela biologia⁸.

A dicotomia binária para os gêneros (homem-pênis-masculino versus mulher-vagina-feminino) exige uma complementariedade que se dá pela heteronormatividade^{7,8}. Esta, por sua vez, normativamente, naturaliza uma crença de que ambos, homem e mulher, devem se complementar pela prática erótica e sexual heterossexual, sob a égide do sexo como destinado à procriação. Nesse sentido, todas as pessoas que

fogem tanto ao gênero binário quanto à heteronormatividade passam a estar sujeitas a processos de discriminação, invisibilização e violência^{7,8,20}.

Araujo et al.¹⁷ evidenciam como médicos e enfermeiros acreditam numa ausência de risco de IST entre lésbicas cis por considerarem que elas não realizam sexo penetrativo, acreditando nessa prática sexual como possível apenas entre heterossexuais, expondo os efeitos do falocentrismo. Essa realidade pode explicar o desconhecimento da profissional da saúde que atendeu a participante 4 com relação às estratégias de prevenção às IST para mulheres cis que se relacionam como mulheres cis. Aqui, cabe ressaltar que as diretrizes e o plano operativo da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT preveem a capacitação permanente dos profissionais de saúde quanto às temáticas de orientação sexual e identidade de gênero²¹. Além disso, é responsabilidade dos profissionais prevenir situações de preconceito, discriminação e violência, além de identificar as necessidades específicas de saúde de lésbicas e bissexuais e definir as prioridades e o planejamento de ações em saúde²¹.

Araújo et al.¹⁷ identificaram que 47,3% das mulheres que fazem sexo com mulheres de sua pesquisa não revelavam aos profissionais de saúde fazer sexo com mulher, e 58,0% referiram ter sido vítimas de discriminação. Silva e Gomes¹⁶ e Rocon et al.²² evidenciaram uma realidade de dificuldade de lésbicas e mulheres bissexuais de compartilhar informações sobre suas orientações sexuais nos serviços de saúde em decorrência do medo ou receio de sofrer discriminação.

As participantes desta pesquisa revelam como os atendimentos em saúde pautados na heteronormatividade constroem um ambiente hostil para as demandas dessa população, colaborando para o desconhecimento e a ausência de informação sobre as demandas em saúde por cuidado sexual de lésbicas e bissexuais cis, na medida em que reforça os processos de invisibilização. Assim,

a orientação sexual se apresenta como um marcador de iniquidade na medida em que a intersecção das desigualdades de gênero reverbera em injustiças no acesso aos bens e serviços de saúde a partir da produção com distribuição desigual entre homens e mulheres, heterossexuais e lésbicas e mulheres bissexuais e marcador de inequidade. Processos de produção de desigualdades sociais que tem dentre seus múltiplos fundamentos o racismo contra os anormais, o não reconhecimento das sexualidades não heterossexuais como passíveis de serem vividas e acolhidas, desprezando não apenas suas necessidades em saúde, como também, todas as suas necessidades sociais para manutenção da vida²³⁽⁸⁾.

Tal invisibilidade aumenta o risco de IST entre mulheres cisgênero que fazem sexo com mulheres cisgênero, pois fragiliza o acolhimento nos serviços de saúde, produzindo uma realidade de exclusão, que é resultado da percepção dos profissionais de saúde, influenciada pelas questões socioculturais pautadas na heteronormatividade¹⁷⁻¹⁹.

Oliveira e Nery²⁴ analisam que enfermeiros e outros profissionais da saúde devem conhecer a orientação sexual de usuárias e usuários, para que, assim, possam realizar processos corretos de orientação para prática do sexo seguro. Além disso, essa realidade ampla de desamparo às lésbicas e mulheres bissexuais refletirá a falta de métodos para cuidado sexual e acesso à informação em razão da ausência de investimento para sua produção, decorrente a invisibilidade das sexualidades lésbica e bissexual^{17-19,21}.

Comparando este estudo, que tem sua totalidade de participantes com ensino superior completo ou em curso, com o estudo de Ribeiro et al.²⁵, em que 60% das participantes apresentavam predomínio do ensino médio, apesar das diferenças nos níveis de escolaridade, ambos se assemelham nas evidências sobre o desconhecimento sobre transmissão de IST no sexo entre mulheres e as suas formas de prevenção de uma parcela das participantes.

Esse dado mostra que, independentemente do nível educacional das mulheres, o acesso à informação sobre estratégias preventivas tem sido dificultoso, reforçando o argumento de que a dimensão sociocultural da heteronormatividade pode ser uma das principais causas dessa realidade.

Acesso à informação e estratégias conhecidas para prevenção de IST entre lésbicas e mulheres bissexuais cisgênero

As dificuldades para conseguir orientações sobre cuidados sexuais para mulheres que fazem sexo com mulheres nos serviços de saúde fez com que algumas participantes buscassem informações na internet. Youtube e Twitter foram as redes sociais citadas sobre locais onde as participantes acessaram informações sobre estratégias de prevenção na prática sexual entre mulheres lésbicas e bissexuais.

A participante 6 relata que “[...] *nem sempre a informação chega dessa forma, e aí a gente acaba tendo que procurar por outros meios, pela via da internet [...]*”. Entre as plataformas identificadas na pesquisa como campos de acesso à informação, destacam-se o Youtube e o Twitter, citados pelas participantes 7 e 10:

[...] e aí eu comecei a pesquisar no youtube, né, youtube reizinho das informações, e aí não via nada muito [pausa curta] efetivo, né? Tipo, eu via a galera falando ‘usa plástico filme pra fazer sexo oral’... eu ficava, tipo, ‘gente, isso é muito absurdo, né? [rindo]’. Como assim você vai usar um plástico filme, tá ligado? Nada a ver usar isso [...] (Participante 7).

[...] Tipo, tudo que eu vi assim sobre cuidados ou alguma coisa assim foi, acabei vendo foi no twitter, que umas falaram sobre formas de proteção e essas coisas [...] (Participante 10).

A internet parece ser o lugar de acesso às informações, mesmo que estas, como vemos

na fala da participante 7, não sejam satisfatórias. Cenário semelhante foi encontrado por Azevedo et al.¹⁹ em sua pesquisa, na qual três participantes afirmam que, devido à precarização das informações nos serviços de saúde, acabam recorrendo a meios não oficiais, como páginas de internet e grupos de amigas, em busca do conhecimento acerca do autocuidado em saúde.

Manifestações de insatisfação com estratégias de prevenção são narradas por outras participantes. A participante 5 destaca o uso de insulfilme (plástico filme de PVC) e luva cortada como algo a ser problematizado.

[...] você imagina o sexo oral entre mulheres, você vai pegar uma luva e vai cortar um dedo pra poder colocar na língua, pra fazer o sexo oral, ou você vai colocar um insulfilme na vagina pra poder fazer um sexo oral... Então, assim, não tem educação sexual pra mulher lésbica, pra mulher bissexual, não tem em termos de prevenção [...] (Participante 5).

A participante ainda associa tais estratégias com uma ausência de educação sexual que atenda às necessidades em saúde de lésbicas e mulheres bissexuais. A participante 8 cita o uso de camisinhas cortadas e de dedeira, sendo este último recurso de pouca familiaridade para ela. Enquanto a participante 13 cita o uso da camisinha em dildos, próteses ou simulacros penianos.

[...] você cortar uma camisinha pra você fazer o oral, a dedeira que nunca, que nunca nem vi alguém usando a dedeira [risos], pra fazer penetração, e... [pausa] e as regras básicas, tipo assim, de testar frequentemente [...] (Participante 8).

[...] questão do uso de camisinha, no caso do uso de prótese, alguma coisa assim, isso já é uma coisa que eu nem colocava como cuidado, porque pra mim era meio óbvio, né? [...] (Participante 13).

As participantes 7 e 9 nomearam o conjunto de estratégias conhecidas para prevenção de IST entre MSM como gambiarras:

[...] Cara, o que eu conheço são todas as gambiarras, né? Porque [risos] antes, assim, quando eu me entendi enquanto bissexual, eu falei não, velho, como que é que se protege, né, como é que eu vou transar com uma pessoa que também tem a vulva, como é que funciona [...] não tem, sei lá, camisinha, igual quando você transa com uma pessoa com pênis, sabe? Tipo, você usa camisinha e fala 'ah, tá tranquilo, né, porque foi feita de maneira pra aquele corpo utilizar, sabe?'. E pra vulva não tem nada assim muito específico assim. Tem, sei lá, questão de tá sempre com a unha cortada, unha curta pra não ficar com um monte de bactéria ali e correr o risco de, de acontecer algum tipo de microlesões, né, ou de passar bactéria, enfim, alguma coisa nesse sentido [...] (Participante 7).

[...] 'ah, pega uma camisinha, abre, né, coloca lá na vulva e chupa por cima desse plástico, né?'. E, assim, eu juro pra você que uma vez eu tentei, eu juro pra você, só que, assim [pausa curta] [...] você é uma mulher bissexual, né, e assim, não sei da sua vivência, mas chupar buceta com um plástico assim não parece nem um pouco natural [...] Mas é por não ter nada específico também pra gente. Eu acho que isso também nos afasta de um método contraceptivo [prevenção]. Numa gambiarra ali, né, porque eu acho que é isso, eu acho que tá introduzido para as mulheres lésbicas, mulheres que se relacionam com outras mulheres [...] (Participante 9).

O acesso à informação sobre estratégias de prevenção às IST pensadas nas necessidades em saúde de lésbicas e mulheres bissexuais também parece ser efeito da regulação dos gêneros e sexualidades pelas normas binárias e heteronormativas. Nesse eixo, o núcleo de sentido que emerge é a gambiarra, que demonstra a inexistência de investimentos na produção de tecnologias para prevenção às IST que considerem as especificidades das práticas sexuais entre lésbicas, mulheres bissexuais e mulheres que fazem sexo com mulheres cis em geral²².

A gambiarra carrega em si o sentido de ferramenta ou estratégia inacabada e não

planejada, que se realiza com fins de postergar uma ação necessária. No caso desta pesquisa, a gambiarra se configura na adaptação de insumos pensados para relações heterossexuais ou falocentradas para relações lésbicas e entre mulheres bissexuais cisgênero, não necessariamente falocentradas, ou, ainda, na criação ou utilização de outros materiais, como filme de PVC (policloreto de vinila) para alimentos, por exemplo. Tudo isso em razão da ausência de planejamento e investimento na produção de insumos e tecnologias voltadas ao sexo entre mulheres cisgêneras.

É importante destacar que esse eixo se articula profundamente com o anterior, uma vez que, além da ausência de insumos e tecnologias nos serviços de saúde, os protocolos envoltos nos exames ginecológicos enfatizam informações que se pautam em práticas sexuais heterossexuais e numa maternidade compulsória^{8,23}, um cenário que corrobora a produção de um vazio informacional às mulheres que fazem sexo com mulheres cisgêneras sobre estratégias preventivas. Cabral et al.²⁶ e Araújo et al.¹⁷ analisam que lésbicas e mulheres bissexuais cis são deixadas ao risco de exposição às IST sem a possibilidade de acesso a informações para autocuidado e recursos para prevenção.

A ausência de informação sobre estratégias de prevenção e os riscos reais de exposição às IST para mulheres que fazem sexo com mulheres aumenta a vulnerabilidade de lésbicas e mulheres bissexuais cis. Araújo et al.¹⁷⁽³⁸¹⁵⁾ identificaram que

As mulheres que não haviam realizado sorologia para IST anteriormente tiveram chance aumentada em quase três vezes de ter uma IST, o que pode ser explicado em função de que o rastreamento viabiliza o diagnóstico e o tratamento.

Oliveira e Nery²⁴ discutem que lésbicas são rotineiramente negligenciadas pela sociedade, pelo Estado, por pesquisadores e trabalhadores da saúde quando o assunto é prevenção de HIV/aids. Além disso, para os autores, a maioria das

políticas de saúde para mulheres parece desconsiderar a diversidade de orientações sexuais, invisibilizando mulheres lésbicas. Além disso, hegemonicamente, associa-se a transmissão de IST ao sexo penetrativo envolvendo pênis e vagina, numa lógica heteronormativa, desconsiderando que mulheres que fazem sexo com mulheres também realizam práticas sexuais envolvendo penetração anal e vaginal.

As narrativas das participantes desta pesquisa evidenciam duas situações determinantes para o processo saúde, doença e cuidado com relação às IST nas relações afetivas e sexuais entre mulheres que fazem sexo com mulheres. Assim, nota-se que os processos de vulnerabilização decorrentes da ausência de acesso aos serviços de saúde – e, quando ele ocorre, da falta de informações sobre prevenção às IST para mulheres – derivam da carência de produções científicas, portarias ministeriais, informações, conteúdos curriculares e formações continuadas para profissionais de saúde para o trabalho com diversidade em práticas sexuais²⁷. E do fato de médicos e enfermeiros já pressuporem em suas abordagens que a sexualidade da usuária será sempre heterossexual, ou de se guiarem em suas suposições pelas expressões comportamentais e pelos padrões visuais estereotípicos sobre o que seria uma mulher no binarismo dos gêneros e na heteronormatividade^{17-19,23}.

Na medida em que as participantes relatam ser a internet um lugar de buscas de informações, governos municipais, estaduais e a união em suas respectivas pastas e gestões para a saúde podem investir na produção de portais e páginas em redes sociais com informações a serem compartilhadas para o público de MSM. Tal ação pode ser um caminho urgente até que se possa alterar a realidade de discriminação nos serviços de saúde por meio de processos de educação e formação continuada para profissionais da saúde. Barbosa e Facchini⁵ e Silva e Gomes¹⁶ corroboram as análises sobre a falta de inclusão de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde como resultado da falta de qualificação profissional e o preconceito

alimentado pela heteronormatividade. Rufino et al.²⁸ contam sobre o desconhecimento dos médicos ao relatarem dúvidas de ordem sexual e sobre prevenção de IST, reforçando a importância dos processos de formação e capacitação permanente de trabalhadores da saúde.

Considerações finais

Os resultados demonstram que a ausência de métodos de prevenção e informação que tratem com dignidade as relações sexuais entre mulheres as deixa à deriva da busca pessoal em canais de comunicação não regulamentados pela saúde. Não obstante, o processo de trabalho em saúde referendado pela heteronormatividade e o falocentrismo promovem a exclusão dessas mulheres do acesso aos cuidados em saúde dos quais necessitam. Além disso, esse conjunto normativo contribui para hierarquizar as sexualidades e gêneros, invisibilizando as orientações sexuais lésbicas e bissexuais, produzindo como única resposta possível a gambiarra, que é efeito do completo abandono e da desresponsabilização estatal pela produção de tecnologias eficazes e dignas para proteção às IST entre mulheres que fazem sexo com mulheres.

Os resultados desta pesquisa indicam que o desenvolvimento e a utilização de páginas, sites, perfis no Youtube e no Twitter oficiais de organismos da saúde para disseminação de estratégias de prevenção e informações sobre as necessidades em saúde de mulheres lésbicas e bissexuais podem ser importantes estratégias de intervenção na realidade. Em primeiro lugar, porque as informações podem, inclusive, auxiliar profissionais da saúde no processo de trabalho. Em segundo, pelo fato de elas já utilizarem a internet para a busca desse tipo de informação.

Por fim, recomenda-se: (1) a realização de processos de capacitação permanente para profissionais da saúde, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral LGBT; (2) aprofundamento em gênero e sexualidade

nos currículos de formações em saúde, nos níveis de graduação e pós-graduação, a fim de que profissionais da saúde tenham a formação necessária para acolher com qualidade, humanização e dignidade lésbicas e mulheres bissexuais nos serviços de saúde; (3) estímulo ao desenvolvimento de estratégias e protocolos de atendimento em saúde que considerem as necessidades específicas dessa população, evitando, inclusive, uma cisgeneridade presumida, cuja problemática foi sustentada neste texto.

Contribuições de autoria

Roccon PC (0000-0003-2696-5786)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção de dados, análise e interpretação

dos dados, obtenção de financiamento, redação do manuscrito e revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Soares MKLA (0009-0000-6102-395X)* contribuiu para análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Soares MR (0000-0002-0417-2614)* contribuiu para revisão crítica quanto ao conteúdo intelectual importante do manuscrito. Reis DS (0000-0002-6806-5367)* contribuiu para obtenção de dados e análise e interpretação dos dados do manuscrito. Irineu BA (0000-0003-1158-5000)* e Figueiredo GC (0000-0001-6656-2266)* contribuíram para revisão crítica do conteúdo intelectual importante do manuscrito. ■

Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. HIV/AIDS [Internet]. Geneva: OPAS; 2026 [acesso em 2024 set 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaids#folha>
2. Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis*. 2009;19(2):301-31.
3. Méndez RP. La construcción del sujeto lésbico. *Les Online*. 2009;1(1):36-44.
4. Kass H, Senkevics A. O que são pessoas cis e cissexismo. *Ensaio Gênero*. 2012.
5. 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(2):291-300.
6. Pfeil BL, Pfeil CL. A cisgeneridade em negação: apresentando o conceito de ofensa da nomeação. *Rev Estud Educ Divers*. 2022;3(9):1-24. DOI: <https://doi.org/10.22481/reed.v3i9.11170>
7. Vergueiro V. Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autotnográfica da cisgeneridade como normatividade [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.
8. Rocon PC. Clínica (Trans)exualiza(dor)a: processos formativos de trabalhadores da saúde. Salvador: Devires; 2021.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Larrosa J. Tremores: escritos sobre experiências. Belo Horizonte: Autêntica; 2015.
10. Tedesco SH, Sade C, Caliman LV. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal Rev Psicol.* 2013;25(2):199-322. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1984-02922013000200006>
11. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu).* 2014;18(49):313-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas.* 2014;22(44):203-20. DOI: <https://doi.org/10.20396/tematicasv22i44.10977>
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):17-27.
14. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(3):621-6.
15. Mora CM, Monteiro S. Homoerotismo feminino, juventude e vulnerabilidade às DSTs/Aids. *Rev Estud Fem.* 2013;21(3):905-26.
16. Silva AN, Gomes R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2021;26(3):5351-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019>
17. Araújo LM, Penna LHG, Carinhanha JI et al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev Enferm UERJ.* 2019;27:e38518. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>
18. Reis DS, Rocon PC, Wandekoken KD. Desafios no cuidado em saúde vividos por mulheres lésbicas e bissexuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Hygeia.* 2024;20:e2020. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia2069298>
19. Azevedo GRB. Saúde sexual e acesso aos serviços para mulheres lésbicas em Manaus, Amazonas, Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2024;29(5):1-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.03512023>
20. Irineu BA. Lesbofobia de Estado e política de extermínio: invisibilidade, apagamento, desproteção social e violência letal na manutenção da heterossexualidade compulsória. *Rev Cult [Internet].* 2021 [acesso em 2024 ago 29]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/384440706_Lesbofobia_de_Estado_e_politica_de_exterminio
21. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
22. Rocon PC, Wandekoken KD, Reis DS. Acesso de mulheres bissexuais e lésbicas em serviços públicos de saúde. *Rev Katálysis.* 2024;27:e95176. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2024.e95176>
23. Almeida TMC. Corpo feminino e violência de gênero: fenômeno persistente e atualizado em escala mundial. *Rev Soc Estado.* 2014;29(2):3.
24. Oliveira ADS, Nery IS. Mulheres lésbicas no contexto do HIV/AIDS: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE Online.* 2016;10(8):3090-100.
25. Ribeiro BA, Barbosa GC, Cunha KC, et al. Análise de ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis em mulheres que fazem sexo com outras mulheres: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública Paraná.* 2024;7(1):1-26. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2024v7n1877>
26. Cabral KTF, Pereira IL, Almeida LR et al. Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Rev Enferm UFPE Online.* 2019;13(1):79-85. DOI: <https://doi.org/10.5025/1981-8963-v13i1a237896p79-85-2019>

27. Irineu BA, Feiten TF. Lesbianizando a revisão integrativa: o que mudou na produção teórica sobre lesbianismo e saúde depois da PNSI-LGBT? In: Duarte MJO, Rocon PC, organizadores. Dez anos da política nacional de saúde integral LGBT. Salvador: Devires; 2022.
28. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(4):e2017499. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000400005>

Recebido em 06/02/2026

Aprovado em 19/05/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito. Alguns dados de pesquisa não podem ser disponibilizados publicamente. Justificativa: dados sensíveis que não permitem o compartilhamento

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ)

Editores responsáveis: Raquel Abrantes Pego, Pesquisadora autônoma, Belo Horizonte (Minas Gerais/MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5598091671127726> - Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-6111-257X> - e-mail: rabra.peg@gmail.com