

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

GISLAINE PAVIANI FARRIS

PERCEPÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS BRASILEIRAS SOBRE
A ABORDAGEM DO MÉDICO GINECOLOGISTA

CURITIBA - PR

2021

GISLAINE PAVIANI FARRIS

PERCEPÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS BRASILEIRAS SOBRE
A ABORDAGEM DO MÉDICO GINECOLOGISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia e Saúde da Mulher do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mitsunori Nisihara
Coorientadora: Prof^ª. Dra. Kadija Rahal Chrisostomo

CURITIBA - PR

2021

F246 Farris, Gislaine Paviani
Percepção das mulheres lésbicas e bissexuais brasileiras sobre
a abordagem do médico ginecologista [recurso eletrônico] /
Gislaine Paviani Farris. – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia. Setor de Ciências da Saúde. Universidade
Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Renato Mitsunori Nishihara
Coorientadora: Profa. Dra. Kadija Rahal Chrisostomo

1. Comportamento sexual. 2. Ginecologia. 3. Disparidades
em assistência à saúde. I. Nishihara, Renato Mitsunori.
II. Chrisostomo, Kadija Rahal. III. Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal
do Paraná. IV. Título.

NLM: WM 307 S3



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO TOCGINECOLOGIA E
SAÚDE DA MULHER - 40001016084P2

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em TOCGINECOLOGIA E SAÚDE DA MULHER da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **GISLAINE PAVIANI FARRIS** intitulada: **PERCEPÇÃO DAS MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS BRASILEIRAS SOBRE A ABORDAGEM DO MÉDICO GINECOLOGISTA**, sob orientação do Prof. Dr. RENATO MITSUNORI NISHIHARA, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 02 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

07/06/2021 08:35:58.0

RENATO MITSUNORI NISHIHARA

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/06/2021 12:54:39.0

ANDRE HADYME MIYAGUE

Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

09/06/2021 14:15:48.0

JAN PAWEL ANDRADE PACHNICKI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE POSITIVO)

RUA GENERAL CARNEIRO, 181 - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-900 - Tel: (41) 3525-6855 - E-mail: pgtoco@ufpr.br

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR. com a seguinte identificação única: 95570

Dedico este trabalho:

Ao Professor Almir Antônio Urbanetz (*in memoriam*) que me incentivou e adotou como sua aluna de mestrado e se manteve por perto preocupado com o projeto mesmo diante da doença.

Ao meu marido, pelos momentos que deixamos de estar juntos e por me ajudar na confecção do trabalho.

Ao Professor Renato Mitsunori Nisihara que acreditou que eu conseguiria iniciar um novo projeto e finalizar dentro do tempo proposto pelo programa.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e irmão, que me apoiaram e incentivaram neste projeto. Sem a participação deles eu não teria alcançado este objetivo.

Ao meu marido, pelo companheirismo e disposição em sempre ajudar mesmo nos seus momentos de descanso.

Ao meu orientador, Prof. Dr Renato Nitsunori Nisihara, pelo apoio, dedicação, disponibilidade e cobrança constante, sem a qual o trabalho não seria concluído.

À minha coorientadora, Prof^a. Dra. Kadija Rahal Chrisostomo, pelo empenho nas correções, ideias inovadoras e atualizadas.

À Dra. Thelma Larocca Skare, por sua participação e dedicação na elaboração da pesquisa.

Às acadêmicas Najila de Marco Sandrin e Mariana Rebello Hilgert, e pela disponibilidade e engajamento durante todas as etapas do trabalho.

Às colegas de trabalho que me incentivaram à realização do mestrado e me ajudaram na divulgação do questionário. Em especial à Jaqueline Pedroso de Abreu e Natacha Machado, grandes incentivadoras e divulgadoras do meu projeto.

A todas as mulheres que responderam o questionário: vocês ajudaram na construção de um conhecimento importante para a saúde feminina.

“Saber não é suficiente, é preciso aplicar. Boa vontade não é suficiente, é preciso fazer.”
(Johann Goethe)

RESUMO

As mulheres homossexuais e bissexuais enfrentam dificuldade em expor sua sexualidade, mesmo durante o atendimento ginecológico. O médico, muitas vezes por falta de treinamento ou conhecimento dessa realidade, não realiza o atendimento e conduta adequada para atender as necessidades da saúde dessa população. Assim, este trabalho teve como objetivo principal avaliar a percepção das pacientes lésbicas e bissexuais (LB) brasileiras quanto ao atendimento, conduta e o relacionamento médico-paciente durante o atendimento ginecológico. Realizou-se um estudo quantitativo, transversal, analítico, não probabilístico das pacientes que responderam de forma voluntária e anônima a um questionário em formato *Google Forms* disponível *online*. Nesse questionário continham perguntas sobre dados sociodemográficos, ginecológicos/obstétricos e sobre o relacionamento e atendimento do médico ginecologista. O questionário foi divulgado por meio de redes sociais e mídias virtuais para mulheres maiores de 18 anos, residentes no Brasil, entre novembro e dezembro de 2020. No total foram estudadas 1201 mulheres, que foram divididas em três grupos conforme a orientação sexual. Dessas, 571 (47.5%) se declararam heterossexuais, 272 homossexuais (22.6%) e 358 (29.8%) bissexuais. O grupo de LB utiliza mais o sistema público de saúde, tem menores rendas salariais, faz mais uso de tabaco, drogas ilícitas e têm mais transtornos depressivos que as heterossexuais. Não foi encontrada diferença entre os grupos considerando: índice de massa corporal, uso de álcool, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). As pacientes lésbicas têm menos filhos, realizam menos exames de Papanicolaou e recebem menos orientações referentes à vacinação contra o Papillomavírus Humano (HPV). As mulheres bissexuais recebem menos orientações sobre métodos contraceptivos, conseqüentemente utilizam menos, em comparação às mulheres heterossexuais. Lésbicas têm mais dificuldade em informar sua orientação sexual no contexto familiar, profissional e na consulta ginecológica. Elas apresentam maior insatisfação com a conduta médica e relatam preconceito após expor sua orientação sexual. Pôde-se concluir, dessa forma, que as mulheres LB consideram inadequada a conduta e atendimento do médico ginecologista. Elas têm perfil epidemiológico e socioeconômico diferente das heterossexuais. Portanto é necessário maior atenção à saúde ginecológica dessa população.

Palavras-chave: Comportamento sexual; Ginecologia; Disparidades em Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Homosexual and bisexual women face difficulty in exposing their sexuality, even during gynecological care. The doctor, many times due to a lack of training or knowledge of this reality, do not provide adequate care and conduct to meet the health needs of this population. This study had as main objective to evaluate the perception of Brazilian lesbian and bisexual (LB) patients regarding the attendance, conduct and the medical-patient relationship during gynecological medical care. A quantitative, cross-sectional, analytical, non-probabilistic study was carried out on patients who responded voluntarily and anonymously to an online questionnaire formatted in *Google Forms*. This questionnaire contained questions about sociodemographic data, gynecological/obstetric and about the relationship and care of the gynecologist. The questionnaire was disclosed through social networks and virtual media for women over 18 years old, residents in Brazil, between November and December 2020. Overall, 1201 women were studied, which were divided into three groups according to sexual orientation. Of these, 571 (47.5%) declared themselves heterosexual, 272 homosexual (22.6%) and 358 (29.8%) bisexual. The LB group use more the public health system, have lower wage incomes, use more tobacco, illicit drugs and have more depressive disorders than heterosexuals. No difference was found between groups considering: body mass index, alcohol use, hypertension, diabetes and sexually transmitted infections (STIs). Lesbian patients have fewer children, perform fewer Pap tests and receive less guidance regarding vaccination against Human papillomavirus (HPV). Bisexual women receive less guidance on contraceptive methods, consequently use less, compared to heterosexual women. Lesbians have more difficulty in informing their sexual orientation in the family, professional environment and in gynecological consultation. They are also more dissatisfied with medical conduct and reported more prejudice after exposing their sexual orientation. We were able to conclude in this way that LB women consider the conduct and care of the gynecologist to be inadequate. They have a different epidemiological and socioeconomic profile than heterosexuals. Greater attention is needed to the gynecological health of this population.

Key-words: Sexual Behavior; Gynecology; Healthcare Disparities.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA CONFORME REGIÃO DO PAÍS.....	31
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA CONFORME ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	31
GRÁFICO 2. INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NAS MULHERES DO ESTUDO	34
GRÁFICO 3. INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO NAS MULHERES DO ESTUDO ..	34
GRÁFICO 4. RELATO DE LÉSBICAS E BISSEXUAIS QUANTO À DIFICULDADE EM EXPOR A ORIENTAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO FAMILIAR E/OU PROFISSIONAL.....	35
GRÁFICO 5. MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS QUE INFORMARAM AO GINECOLOGISTA SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	39
GRÁFICO 6. DIFICULDADE DAS LÉSBICAS E BISSEXUAIS EM EXPOREM AO GINECOLOGISTA SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	39
GRÁFICO 7. RELATO DE LÉSBICAS E BISSEXUAIS SOBRE O PRECONCEITO DO MÉDICO GINECOLOGISTA QUANTO À ORIENTAÇÃO SEXUAL.....	40

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES DO ESTUDO ...	32
TABELA 2. HÁBITOS DE VIDA DAS MULHERES DO ESTUDO	33
TABELA 3. PERFIL GINECOLÓGICO DAS MULHERES DO ESTUDO	35
TABELA 4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS MULHERES DO ESTUDO	36
TABELA 5. DOENÇAS GINECOLÓGICAS NAS MULHERES DO ESTUDO	37
TABELA 6. RASTREIO GINECOLÓGICO NAS MULHERES DO ESTUDO	37
TABELA 7. AVALIAÇÃO DA CONDUTA DO MÉDICO GINECOLOGISTA PELAS MULHERES DO ESTUDO	38

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	<i>Papillomavirus</i> Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LB	Lésbicas e Bissexuais
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero
MS	Ministério da Saúde
NCHS	<i>National Center for Health Statistcs</i>
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	JUSTIFICATIVA.....	17
1.2	OBJETIVO PRINCIPAL.....	17
1.3	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	17
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	CONDIÇÕES DE SAÚDE.....	20
2.2	SAÚDE FÍSICA.....	21
2.3	SAÚDE MENTAL.....	22
2.4	SAÚDE FEMININA.....	23
2.5	RELAÇÃO COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	26
3	MATERIAL E MÉTODO	28
3.1	ASPECTOS ÉTICOS.....	28
3.2	CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA.....	28
3.3	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	28
3.4	CÁLCULO AMOSTRAL.....	29
3.5	OBTENÇÃO DOS DADOS.....	29
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	30
4	RESULTADOS	31
5	DISCUSSÃO	41
5.1	LIMITAÇÕES.....	46
5.2	PERSPECTIVAS.....	47
6	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO	56
	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	65
	ANEXO 2 – ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO	69

1 INTRODUÇÃO

O direito à saúde é universal e resulta de uma grande mobilização político social. Esse atendimento é um direito e dever do Estado e exige propostas de atenção específica e estratégicas de acordo com as singularidades e individualidades das pessoas que procuram a atenção à saúde. Porém a realidade de muitos países enfrenta quadros de exclusão e violação desses direitos, especialmente para grupos de minorias sociais como lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) (ALBUQUERQUE *et al.*, 2016).

Os cuidados à saúde e necessidades da população LGBT têm aumentado nos últimos anos. Durante décadas, eles foram colocados à margem desses cuidados básicos e não tiveram suas prioridades consideradas. Entretanto, com a crescente demanda dessa população por atenção especializada à saúde, trabalhos focados para esse grupo têm sido cada vez mais vistos na literatura.

Em 2013, o *National Center for Health Statistics* (NCHS) evidenciou que 1,6% dos adultos americanos maiores de 18 anos se auto identificaram como gays ou lésbicas e 0,7% como bissexuais (WARD *et al.*, 2014). O último censo realizado no Brasil em 2010 não incluiu dados sobre a orientação sexual da população, porém alguns trabalhos sugerem que a população lésbica e bissexual no Brasil pode chegar a 3% (BARBOSA; KOYAMA, 2006).

Em 1999, o *Institute of Medicine* (IOM) publicou *Lesbian Health* – a primeira publicação do IOM focada na saúde das minorias homossexuais femininas. Em 2010 o IOM formou um comitê responsável para definir as necessidade e formular programas de cuidados específicos à saúde da população LGBT. Esse trabalho revelou as disparidades nos indicadores de saúde como obesidade, tabagismo, etilismo e o próprio acesso à saúde entre os grupos de minorias quando comparados aos heterossexuais (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

No Brasil, em 2007 a 13ª Conferência Nacional de Saúde expôs o crescente cuidado com os direitos da população LGBT e estabeleceu medidas direcionadas para essa população como ações preventivas de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), estímulo a pesquisas e inovações tecnológicas para atendimento ao público LGBT (SAÚDE, C. N. De, 2008). Em 2013, o Ministério da

Saúde (MS) apresentou a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, reconhecendo, dessa forma, como a discriminação e exclusão social afetam a saúde dessas minorias(SAÚDE, M. Da, 2012).

Historicamente, a saúde das mulheres lésbicas, bem como a de mulheres bissexuais sido negligenciada. Trabalhos mostram muitas disparidades na saúde de mulheres lésbicas e bissexuais (LB) quando comparadas às mulheres heterossexuais. Diferenças não somente na experiência de acesso à saúde mas também quanto a riscos e comportamentos relacionados a ela. O estilo de vida de boa parte das mulheres LB impacta negativamente na sua saúde psicológica, física e ginecológica. Autores têm encontrado um aumento do risco cardiovascular e câncer quando comparado os grupos LB com as heterossexuais. Também se percebeu que mulheres LB fazem mais uso álcool e tabaco, procuram com menor frequência as consultas médicas, além de possuírem um maior índice de massa corporal (IMC). Lésbicas tendem à nuliparidade; gestações tardias, distúrbios menstruais e menor uso de contraceptivos hormonais – o que favorece risco de cânceres ginecológicos como mama, ovário e endométrio (ELIASON *et al.*, 2015; FISH, 2009; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2013; JUN *et al.*, 2013; ROSARIO M *et al.*, 2014; TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013).

Muitas ações preventivas contra ISTs na população LGBT, incluem apenas o grupo homossexual masculino, mascarando a importância das ações também abordarem as mulheres LB. Em todo o mundo, as mulheres LB procuram menos atendimento médico e por isso fazem menos exames de rastreio de câncer de colo uterino (Papanicolaou), menos rastreio de ISTs e HIV(FISH, 2009; TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013). Desordens de humor, ansiedade, uso de substâncias ilícitas e comportamento depressivo também foram mais descritos no grupo LB(KERR; SANTURRI; MA, 2015).

Outro ponto de importante avaliação é o comportamento do médico durante a consulta. Discriminação, falta de atenção e dificuldade na comunicação e no relacionamento médico-paciente têm sido relatadas pelas pacientes LB(ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016; KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006). Na própria educação médica, as discussões que envolvem orientação sexual, 67% das vezes tratam de temas heterossexuais, 47,1% homossexuais e 36,1% das vezes assuntos sobre bissexualismo(RUFINO *et al.*,

2014)

As questões acima mencionadas mostram a dificuldade que as mulheres LB enfrentam para ter acesso à saúde, respeito e aos cuidados que atendam às suas necessidades de forma o mais respeitosa possível. Países desenvolvidos estão investindo em estudos e ações de saúde pública os quais objetivam reduzir as desigualdades e proporcionar melhor atendimento para essas pacientes.

No Brasil, foram feitos poucos estudos dessa população até o momento. Assim, definir o perfil demográfico, clínico e ginecológico das mulheres LB brasileiras pode ser o primeiro passo para proporcionar melhores condições de acesso à saúde e à igualdade no atendimento dessa população.

1.1 JUSTIFICATIVA

São escassos os estudos que avaliaram o perfil e como está o cuidado com a saúde ginecológica das pacientes lésbicas e bissexuais. Na realidade, pouco se sabe sobre a saúde dessa crescente população no Brasil. Identificar quais fatores influenciam na saúde e quais as dificuldades que essas mulheres brasileiras enfrentam, tende a auxiliar no aprimoramento dos cuidados em saúde à elas. A identificação de como tem sido feito o atendimento ginecológico ao grupo LGBT (possíveis falhas ou acertos), do ponto de vista das pacientes, também é importante para tal estratégia. Com os dados encontrados, espera-se aumentar o conhecimento e acesso às fragilidades dessa população para que os profissionais aprimorem o atendimento, abordagem e relação médico-paciente para o referido público-alvo.

1.2 OBJETIVO PRINCIPAL

Avaliar a percepção das pacientes lésbicas e bissexuais quanto ao atendimento, conduta e relacionamento médico-paciente com o profissional que presta o atendimento ginecológico.

1.3 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar as dificuldades em expor a orientação sexual nos diversos contextos sociais;

- Avaliar o perfil sociodemográfico, hábitos de vida e acesso à saúde das pacientes lésbicas e bissexuais no Brasil;
- Identificar variáveis que influenciam a saúde geral desse grupo de minorias;
- Identificar variáveis específicas que influenciam a saúde ginecológica desse grupo de minorias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nas últimas décadas, muitos progressos têm sido feitos na tentativa de reduzir as disparidades na saúde entre diversos grupos de minorias. A comunidade LGBT está se tornando mais visível e respeitada socialmente e com isso ganhando ações de saúde voltadas para suas necessidades. Entretanto, ainda pouco se sabe sobre o perfil dessa população e a quais riscos ela está exposta, visto sua orientação sexual. A maioria das pesquisas da saúde LGBT é focada no HIV/AIDS e outras ISTs, principalmente no grupo homossexual masculino. Pesquisas voltadas exclusivamente para a população feminina desse grupo, ainda são limitadas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

Entre 1989 e 1995, um grande estudo de coorte prospectivo foi realizado nos Estados Unidos, com mais de 100mil mulheres com o objetivo de definir o perfil e fatores de riscos de pacientes conforme sua orientação sexual (CASE *et al.*, 2004). Em 1999, o IOM publicou uma pesquisa sobre a saúde homossexual feminina e reforçou a importância em identificar e compreender os fatores exclusivos dessa população e como eles modificam os elementos de risco à saúde. Existem inúmeras diferenças nos indicadores desse grupo - obesidade, tabagismo, abuso de álcool e substâncias ilícitas, desordens psiquiátricas, acesso à saúde, etc. – quando comparado a mulheres heterossexuais (INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Esses fatores impactam negativamente também na saúde ginecológica dessas mulheres e por isso devem sempre ser levados em consideração na avaliação médica.

Além de todas essas dificuldades encontradas pela população LGBT no acesso e atendimento específico às suas necessidades; os profissionais da saúde – mesmo os especialistas, ainda não possuem o treinamento e qualificação necessária para o atendimento, diagnóstico e tratamento adequado dessa população. Muitas mulheres enfrentam discriminação, homofobia e desprezo durante a consulta médica após relatarem sua orientação sexual (LAW *et al.*, 2015; STEELE; TINMOUTH; LU, 2006).

2.1 CONDIÇÕES DE SAÚDE

Com relação ao perfil das pacientes lésbicas e bissexuais, quando comparadas às pacientes heterossexuais, há muita divergência na literatura. Quando avaliadas as informações como idade, etnia, escolaridade e status profissional/ emprego, não houve concordância entre os diversos estudos pesquisados. Dentro dessa avaliação do perfil, o que mostrou maior relevância e concordância nos trabalhos foi o estado civil das pacientes. Mulheres heterossexuais têm maiores chances de estarem casadas do que as bissexuais e essas geralmente têm mais relacionamentos estáveis ou casamentos prévios do que as lésbicas (CASE *et al.*, 2004; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2013; GONZALES *et al.*, 2016; KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006).

A associação entre comportamento sexual e uso de álcool e outras drogas parece ser bem diferente entre os grupos. O etilismo pesado é a característica com maior disparidade entre os grupos de mulheres. Mulheres LB tem cerca de 11 vezes mais chance de dependência alcoólica e 8 vezes mais chance de procurar ajuda por problemas relacionados. Além disso, observou-se que, nesse grupo, as mulheres mais jovens fazem mais uso abusivo de álcool e drogas, aumentando, dessa forma, o risco de doenças hepáticas e cardíacas nessa população de minorias femininas(DRABBLE; TROCKI, 2005).

Altos níveis de consumo de bebida alcóolica – considerado > 7 doses/semana - são mais reportados em mulheres bissexuais (11,7%) do que nas homossexuais (8,9%) e ambos maiores do que nas mulheres heterossexuais (4,8%)(GONZALES *et al.*, 2016). Dentro do grupo de LB, há uma forte relação do aumento do IMC naquelas que fazem uso de bebidas alcoólicas diariamente(MASON; LEWIS, 2015). Alguns trabalhos dentro da população LGBT observaram que membros elas associam o consumo de álcool com melhores experiências sexuais (ID *et al.*, 2020).

Mulheres LB são mais tabagistas que as heterossexuais (>25% X 14,7%). Além disso, as mulheres lésbicas fazem mais uso de tabagismo pesado – considerado 20 ou mais cigarros/dia – do que as bissexuais e heterossexuais (GONZALES *et al.*, 2016). Quando questionadas sobre uso prévio de tabagismo, 60% das pacientes lésbicas afirmaram já terem usado tabaco e 50% das bissexuais confirmaram história de uso(CASE *et al.*, 2004).

2.2 SAÚDE FÍSICA

A grande maioria das disparidades no quesito de saúde estão relacionadas ao comportamento social e ao estilo de vida (ID *et al.*, 2020). A prática de exercícios físicos foi avaliada em alguns trabalhos, porém resultados divergentes foram encontrados. Dessa forma, por enquanto, não é possível estabelecer uma diferença entre os grupos quanto à prática de atividades físicas (ELIASON *et al.*, 2015).

Entretanto quando avaliado o IMC e a orientação sexual, observa-se significativo aumento do IMC, tendendo à obesidade, entre as mulheres LB quando comparado as heterossexuais (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; ELIASON *et al.*, 2015). Num trabalho que estudou o perfil de mulheres lésbicas (737), encontraram 25,8% de sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$) e 32,2% de obesidade ($\text{IMC} \geq 30$) (MASON; LEWIS, 2015). Lésbicas têm maior prevalência de sobrepeso e obesidade (20% e 50% respectivamente) quando comparado às pacientes heterossexuais. As bissexuais têm essa prevalência aumentada em 40% comparadas ao mesmo grupo (CASE *et al.*, 2004). O aumento do IMC em pacientes do grupo de minorias pode ser observado já na infância, quando as meninas experimentam a atração pelo mesmo sexo (KEENAN *et al.*, 2018). Mulheres lésbicas e bissexuais têm maiores chances de ganho de peso durante a fase adulta que mulheres heterossexuais (JUN *et al.*, 2013).

Alguns estudos não evidenciaram o aumento da prevalência de doenças crônicas nas minorias sexuais femininas, mesmo diante do exposto quanto ao IMC (ELIASON *et al.*, 2015; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2013). Entretanto, outros trabalho sugerem aumento de risco de comorbidades tanto em mulheres lésbicas como em bissexuais. Mulheres bissexuais têm o dobro de risco de diagnóstico de hipertensão arterial crônica, quando comparada às heterossexuais (CASE *et al.*, 2004; DRABBLE; TROCKI, 2005). Quando avaliado de forma global, os riscos encontrados nas pacientes das minorias – maiores índices de massa corporal; níveis tensionais; uso de álcool e tabagismo – pode ser incorporado também a esse risco o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; GONZALES *et al.*, 2016; HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

2.3 SAÚDE MENTAL

O primeiro grande fator de risco que a população LGBT adulta enfrenta é o estigma, discriminação, vitimização, violência física e sexual além do uso de substâncias lícitas e ilícitas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011).

A determinação da orientação sexual está nitidamente relacionada a um grande espectro de diferentes fatores de risco à saúde mental quando comparados os grupos de mulheres. Um dos principais pilares que justificam essa diferença é o estresse social crônico sofrido pelo grupo das minorias. Portanto, ele tem sido relacionado como responsável pelo desfecho negativo de alguns dados nessas pacientes (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; CASE *et al.*, 2004). Fatores estressores como: pequenos eventos negativos diários, brincadeiras preconceituosas, insultos, negação da própria orientação para proteger emprego; guarda de um filho, assédio sexual e outros estão presentes na rotina da maioria das mulheres LB (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; BOSTWICK *et al.*, 2010; CASE *et al.*, 2004).

Uma amostra representativa de trabalhos americanos e europeus encontram nessas mulheres um risco aumentado de desordens psiquiátricas (depressão, ansiedade, distúrbio do pânico, tentativas de autoagressão e ideação suicida) quando comparado a mulheres heterossexuais (CASE *et al.*, 2004; KERR; SANTURRI; MA, 2015). Assim como na população heterossexual, distúrbios da saúde mental tendem a estarem também relacionados com uso abusivo de bebidas alcoólicas e drogas (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018). Cerca de 20% das mulheres heterossexuais apresentam sintomas de distúrbios psicológicos moderados a severos mas a prevalência dessa gravidade de sintomas entre mulheres lésbicas foi de 28,4% e duas vezes mais alto (46,4%) entre mulheres bissexuais (GONZALES *et al.*, 2016).

Mulheres LB têm risco aumento de diagnóstico de depressão e tentativa de autoagressão do que pacientes heterossexuais (KERR; SANTURRI; MA, 2015). As disparidades e preconceitos enfrentados pela população bissexual não está somente entre os heterossexuais – mas também sofrem estigmas de rejeição pela população gay e lésbica, resultando numa menor conexão entre o grupo de minorias. Associado a isso, o fato da existência de poucas comunidades e organizações

voltadas para essa população, acentua o isolamento social e o estresse psicológico(BOSTWICK *et al.*, 2010).

Elevadas taxas de comportamento e ideação suicida têm sido descritos nos grupos de minorias sexuais. Mulheres LB com história de vitimização, tem maior tendência a esse tipo de comportamento. Dessa amostra, aquelas que fazem uso de drogas, tem 3 vezes mais chance de ideação suicida e cinco vezes mais chances de suicídio(MEREISH; OCLEIRIGH; BRADFORD, 2014).

Lésbicas (cerca de 40%) e bissexuais (cerca de 60%) têm maiores chances de desenvolver transtorno depressivo que mulheres heterossexuais (CASE *et al.*, 2004). Esses dados se confirmaram ao evidenciar que o grupo LB tem o dobro de chances de usar antidepressivos (CASE *et al.*, 2004). Com relação à procura aos serviços de saúde mental, é verificado que o grupo de mulheres LB utilizam com frequência maior esse serviço quando comparado ao grupo heterossexual (KERR; SANTURRI; MA, 2015).

2.4 SAÚDE FEMININA

Mulheres lésbicas e bissexuais enfrentam os mesmos problemas ginecológicos que mulheres heterossexuais. Definir os riscos a que aquelas mulheres estão mais expostas, considerando seu estilo de vida, orientação sexual, desfechos reprodutivos e fatores estressores, é fundamental na abordagem clínica/ginecológica de cada uma. A atenção primária à saúde da mulher é muito voltada para os cuidados reprodutivos – anticoncepção, pré-natal, o que muitas vezes dá a falsa impressão de que aquelas pacientes que não possuem vida sexual ativa com homens não necessitam dos cuidados de atenção básica(INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

O planejamento familiar e a maternidade são importantes fatores de impacto na vida de uma mulher. O uso de contraceptivos hormonais são considerados fatores protetores para câncer de endométrio e ovário, em contrapartida, talvez fator de risco para câncer de mama. Mulheres que gestam e amamentam antes dos 30 anos têm menores chances de câncer de mama e ovário(ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016; ROSARIO M, *et al.*, 2014).

Diversos fatores estão relacionados ao risco de câncer de mama; entre eles idade, descendência, obesidade, estilo de vida, idade da menarca, paridade, etc. A nuliparidade é importante fator para desenvolvimento dessa patologia – pode aumentar em até 40% a incidência quando comparado a mulheres que tiveram três ou mais filhos. A ausência de filhos foi confirmada em 76% das pacientes lésbicas, 49% das bissexuais e 22% nas heterossexuais(CASE *et al.*, 2004). O uso de contraceptivos hormonais – muitas vezes relacionado a fator de proteção contra câncer de ovário e útero – é menos frequente nas mulheres LB do que nas heterossexuais. Talvez por isso, foram encontradas maiores taxas de gravidez na adolescência na população de minorias sexuais femininas do que em mulheres não LB(CASE *et al.*, 2004; ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016).

Além da presença desses fatores de risco associados à vida reprodutiva, estilo de vida e hábitos em geral, as mulheres do grupo LGBT revelam menor frequência de realização de exames de rotina como rastreamento para câncer de mama e de colo uterino(INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2013; KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006). Mulheres lésbicas realizam 10 vezes menos exames de Papanicolaou e 4 vezes menos mamografia que pacientes não lésbicas(KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006). Devido a menor taxa de rastreamento nessas mulheres, elas são consideradas pacientes de alto risco para desenvolver câncer de colo uterino(TRACY; SCHLUTERMAN; GREENBERG, 2013). Entretanto, maiores taxas de câncer de colo de útero são encontradas em mulheres bissexuais, o que pode estar relacionado a fatores de risco como tabagismo, relações sexuais com homens sem o uso de preservativos (especialmente na adolescência) e menores frequências de exames preventivos(ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016).

No Brasil, o MS recomenda que o exame de Papanicolaou seja oferecido a todas as mulheres ou qualquer pessoa com colo do útero, com idade entre 25 e 64 anos e que já tiveram atividade sexual. Isso pode incluir homens trans e pessoas não binárias designadas mulher ao nascer(CONNOLLY; HUGHES; BERNER, 2020). A rotina recomendada é a repetição do exame a cada 3 anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. Mulheres em situações especiais como infecção pelo HIV e/ou alteração dos exames são submetidas a rotinas diferenciadas(INCA., 2016).

Muitas mulheres lésbicas deixam de fazer o exame de rastreio de câncer de colo uterino devido à forma com que ele é realizado e à exposição física que a mesma é submetida; algumas relatam experiências ruins durante o exame, por isso não procuram mais o seguimento (BARBOSA; FACCHINI, 2009; RUFINO *et al.*, 2018). Várias mulheres não recebem orientações adequadas sobre a necessidade de realização do mesmo (FISH, 2009).

Outro ponto de importante consideração da menor prevalência de exames de Papanicolaou em mulheres lésbicas é pelo fato de elas acreditarem pertencer a um grupo com menores chances de adquirir e transmitir ISTs, e de que essas só são possíveis em relacionamentos heterossexuais ou quando se têm múltiplos parceiros (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; BARBOSA; FACCHINI, 2009; FISH, 2009). Porém, 75-80% das lésbicas reportaram história prévia de atividade heterossexual sem o uso de preservativos (BAILEY *et al.*, 2004; CARROLL, 1999).

O comportamento sexual promove mudanças no conteúdo vaginal. O uso de mãos e objetos durante o ato sexual, esses sem a correta higienização, podem transmitir doenças infecciosas. Infecções bacterianas causadas por *Escherichia coli*, *Chlamydia*, *Trichomonas*, *Gonococco* – adquiridas por contaminação anal-vaginal e no contato genital – e vírus como o *Papillomavirus Humano* (HPV), herpes, HIV são transmitidos por secreções, contato e objetos (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; CARROLL, 1999)

Um trabalho publicado em 2004 evidenciou correlação entre policistose ovariana, síndrome de ovários policísticos (SOP) e aumento dos níveis androgênicos com a orientação sexual das pacientes (AGRAWAL *et al.*, 2004). Contrário a ele, uma meta-análise publicada em 2016 mostrou não haver significância estatística nessa relação (ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016). Queixas de dor pélvica geralmente estão relacionadas com presença de endometriose ou infecção. Não foi encontrado relação entre endometriose e miomatose uterina com a orientação sexual. No entanto, mulheres bissexuais têm maiores chances de dor pélvica crônica que as heterossexuais (ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016).

2.5 RELAÇÃO COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Apesar dos avanços na identificação dos problemas relacionados à saúde das minorias, uma grande dificuldade ainda encarada pelo grupo LGBT é o resultado de um comportamento discriminatório, frequentemente adotado pelos profissionais da saúde. Atitudes negativas e homofóbicas advindas desses profissionais fazem os pacientes evitarem o acesso e o retorno aos serviços de saúde. Queixas como: silêncio, curiosidade inapropriada, julgamento moral, discriminação e não saber como agir após o relato da exposição sexual pela paciente são comumente reportadas(RUFINO *et al.*, 2018).

O comportamento preconceituoso implica diretamente uma relação médico-paciente ruim e promove relutância e recusa no tratamento. Por isso, a população LGBT costuma procurar atendimentos em farmácias e/ou optam por automedicação com frequência maior que o observado na população em geral(ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999).

Uma pesquisa conduzida no México e Brasil, com 122 participantes homossexuais, revelou que a principal fonte de informação em saúde para esse grupo é a experiência pessoal de amigos, parceiros sexuais, livros/revistas e *websites*. Muitos agravos a saúde são considerados “problemas de casal” e não são relatados a profissionais da saúde; o que por vezes pode aumentar a susceptibilidade ao agravamento da doença e necessitar a busca por um serviço de emergência como porta de entrada ao sistema de saúde(BARBOSA; FACCHINI, 2009).

O médico que faz o primeiro atendimento e o exame ginecológico nas pacientes adolescentes, têm uma oportunidade única de abordar e inspirar confiança nessas meninas. As adolescentes do grupo LGBT afirmam que os profissionais da saúde deveriam ser mais compreensivos com o grupo, especialmente com relação aos problemas de aceitação familiar e homofobia(HOFFMAN *et al.*, 2009). Mulheres francesas descreveram que a rotina do profissional é tão voltada para pacientes heterossexuais, com questões sobre contracepção e fecundidade que cria um ambiente constrangedor e dificulta o relato da orientação sexual(CHETCUTI *et al.*, 2013).

Num estudo com 19.349 mulheres, heterossexuais e homossexuais, as pacientes lésbicas relataram mais experiências negativas com os médicos

ginecologista do que as heterossexuais(KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006). Relatos de consultas rápidas com anamnese breve e superficial, exames ginecológicos desconfortáveis e negação em cuidados direcionados estão entre as reclamações mais comuns das pacientes LB sobre as consultas ginecológicas (RUFINO *et al.*, 2018).

Menos da metade das pacientes lésbicas e bissexuais reportam ao ginecologista sua orientação sexual numa primeira consulta(MOSACK; BROUWER; PETROLL, 2013). O medo do preconceito e do constrangimento em expor sua sexualidade é um constante desafio para esse grupo de mulheres(HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido, avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, em quatro de novembro de 2020, sob o parecer número 4.377.918 e CAAE 38239920.3.0000.0103 (ANEXO 1).

Todas as participantes do estudo concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE 1).

3.2 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Foram incluídas no estudo pacientes do sexo feminino que concordaram em responder o questionário através do TCLE. O questionário ficou disponível para o preenchimento de forma *online* entre os meses de novembro e dezembro de 2020.

Foram incluídas mulheres entre 18 e 60 anos, residentes no Brasil, independente da orientação sexual (heterossexuais, lésbicas e bissexuais).

Foram excluídas da pesquisa aquelas pacientes que não se encaixavam no perfil acima descrito.

3.3 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, analítico, não probabilístico de pacientes que responderam de forma pessoal, autodeclarada, anônima e voluntária o questionário *online* (APÊNDICE 2).

O questionário foi adaptado em formato *Google Forms* e enviado através de variadas mídias virtuais (*Instagram, Facebook*) e redes de contato *online* como e-mail e grupos de *WhatsApp*. A divulgação do questionário foi feita pelos autores entre grupos pessoais, grupos de universidades/ ligas acadêmicas, grupos de *WhatsApp* e *Instagram* de população LGBT e através de *influencers* digitais por todo o Brasil.

O questionário poderia ser respondido através de qualquer dispositivo com acesso à internet como: celular, tablet ou computador.

O mesmo questionário foi aplicado para todas as mulheres, indiferente da orientação sexual. Algumas questões direcionadas para as pacientes lésbicas e bissexuais tinham também a alternativa “não se aplica” caso a participante não tivesse resposta pertinente àquela questão.

A participante, antes de preencher o TCLE e responder o questionário, foi informada que o tempo de resposta do mesmo seria entre 15 e 20 minutos e que se tratava de uma pesquisa com perguntas sobre sexualidade, histórico pessoal e ginecológico/obstétrico.

3.4 CÁLCULO AMOSTRAL

Por se tratar de um universo de mulheres em números absolutos desconhecidos no Brasil (quantas são lésbicas ou bissexuais), foi considerado um valor de 20.000 para cada grupo. Sendo assim, o cálculo do tamanho amostral com poder de amostra superior a 95% em cada grupo estudado seria de 392 pacientes.

3.5 OBTENÇÃO DOS DADOS

A ferramenta principal de coleta foi através de um questionário com todas as perguntas elaboradas pelos autores que pode ser visualizado no APÊNDICE 2. Alguns termos técnicos como por exemplo: HPV (verruga genital); foram explicados ao lado da alternativa, para melhor entendimento da participante.

Os dados obtidos foram divididos em 4 seções:

- **Seção 1** - Dados epidemiológicos: idade, cidade de residência, escolaridade, cor, peso, altura, estado civil – relacionamento estável, profissão – trabalhando ou não, renda salarial, acesso à saúde pública/ privada, prática de exercícios físicos (IPAC), tabagismo (Fagerstrom), etilismo, uso de drogas ilícitas, uso de anabolizantes (INTERNACIONAL, 2012; O'BRIEN, 2008).
- **Seção 2** - Dados ginecológicos/obstétricos: parceiro fixo, menarca, sexarca, número de gestações – partos / cesarianas / abortos, número de filhos, uso de métodos contraceptivos, idade da primeira relação homoafetiva, último preventivo, já realizou exame de mama
- **Seção 3** - Dados associados a comorbidades ginecológicas / clínicas: corrimento, doenças ginecológicas (vaginismo, dor pélvica crônica, mioma, endometriose, SOP, pólipos) ISTs, (HIV, sífilis, herpes, HPV, clamídia,

gonorreia, tricomoníase), cânceres ginecológicos (mama, ovário e útero), doenças clínicas (hipertensão, diabetes, etc.), se teve diagnóstico de depressão e se sim, se usa medicação e qual.

- **Seção 4** - Questões objetivas sobre o relacionamento médico-paciente: expôs ao ginecologista a orientação sexual, teve dificuldade em expor, sentiu preconceito ao expor, teve dificuldade em expor a orientação no contexto familiar e profissional (questões voltadas para pacientes lésbicas e bissexuais – havia opção “não se aplica” para pacientes heterossexuais), considera a abordagem do ginecologista adequada, ele lhe ofereceu método contraceptivo, usa contracepção, usa preservativo, foi questionada sobre vacina HPV.

As pacientes foram divididas em 3 grupos conforme sua orientação sexual: heterossexual, lésbica e bissexual. Os dados obtidos foram planilhados por meio do programa *Microsoft Excel 365*.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As análises estatísticas foram feitas com o auxílio do programa *Graph Pad Prism 5.0*.

As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio-padrão e comparadas com os testes t e Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e comparadas com o teste do qui-quadrado.

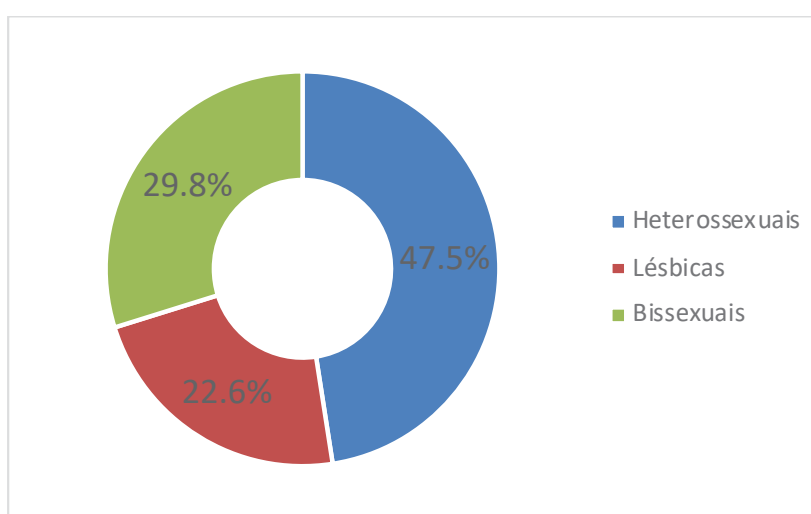
Os 3 grupos foram comparados entre si através da análise de variância (ANOVA), onde as diferenças foram expressas em porcentagens.

Visto que o trabalho foi um estudo populacional quantitativo, a fim de tornar a análise mais crítica e com isso ganhar confiabilidade, os valores de p foram considerados significativos somente após a correção de Bonferroni. Portanto, o autor só considerou amostras significativas quando o p foi menor que o calculado e corrigido pelo teste.

4 RESULTADOS

A pesquisa foi respondida por 1.247 mulheres. Dessas, 41 foram excluídas por não pertencerem ao intervalo de idade proposto nos critérios de inclusão (tinham idade menor de 18 anos ou maior de 60). Cinco respostas foram excluídas por não residirem no Brasil. Dessa forma, nossa amostra final foi de 1201 participantes, distribuídas conforme visualizado no GRÁFICO 1.

GRÁFICO 1. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA CONFORME ORIENTAÇÃO SEXUAL



Fonte: a autora (2020).

A maior parte das mulheres participantes da pesquisa moram na região Sul e Sudeste do Brasil (FIGURA 1).

FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA CONFORME REGIÃO DO PAÍS



Fonte: a autora (2020).

Os dados sociodemográficos foram representados na TABELA 1. A maioria das participantes eram mulheres jovens, brancas, com formação superior e que fazem uso do sistema privado de saúde.

TABELA 1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES DO ESTUDO

	Heterossexuais n = 571	Lésbicas n = 272	Bissexuais n = 358	P
Média de idade (anos) (IQR)	22 (22-23)	25.5 (21-33)	23 (21-29)	<0.0001 (*)
Cor				
Branca	495 (86.6%)	202 (74.2%)	272 (75.9%)	< 0.0001
Preta	49 (8.5%)	49 (18.0%)	56 (15.6%)	
Outras	27 (4.7%)	21 (7.7%)	30 (8.3%)	
Educação (número de anos estudados)				
≤ 8 anos	6 (1.0%)	5 (1.8%)	1 (0.2%)	< 0.0001
9-12 anos	126 (22.1%)	62 (22.7%)	103 (29.0%)	
Formação superior	276 (48.4%)	140 (51.4%)	207 (58.3%)	
Pós-graduação	162 (28.4%)	65 (23.8%)	44 (12.3%)	
Acesso ao sistema de saúde				
Privado	443 (77.6%)	178 (65.4%)	232 (64.8%)	< 0.0001
Público	128 (22.4%)	94 (34.6%)	126 (35.2%)	
Encontra-se empregado				
Sim	325 (56,9%)	168 (61.7%)	188 (52.5%)	< 0.0669
Não	246 (43,0%)	104 (38.2%)	170 (47.4%)	
Renda Salarial				
0 - nenhuma	4 (1.1%)	1 (0.5%)	6 (2.9%)	< 0.0001
Até 1 salário mínimo	38 (11.2%)	31 (18.3%)	67 (32.8%)	
Até 2 salários mínimos	74 (21.8%)	41 (24.2%)	50 (24.5%)	
Mais que 2 salários mínimos	223 (67.5%)	96 (56.8%)	81 (39.7%)	

(*) diferenças identificadas entre heterossexuais e bissexuais e entre homossexuais e bissexuais.
Correção de Bonferroni $p < 0.005$.
Fonte: a autora (2020).

Com relação aos hábitos de vida, não houve importante diferença em prática de exercícios físicos entre os grupos. Entretanto, observou-se que mulheres LB

fazem mais uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas que as heterossexuais (TABELA 2).

TABELA 2. HÁBITOS DE VIDA DAS MULHERES DO ESTUDO

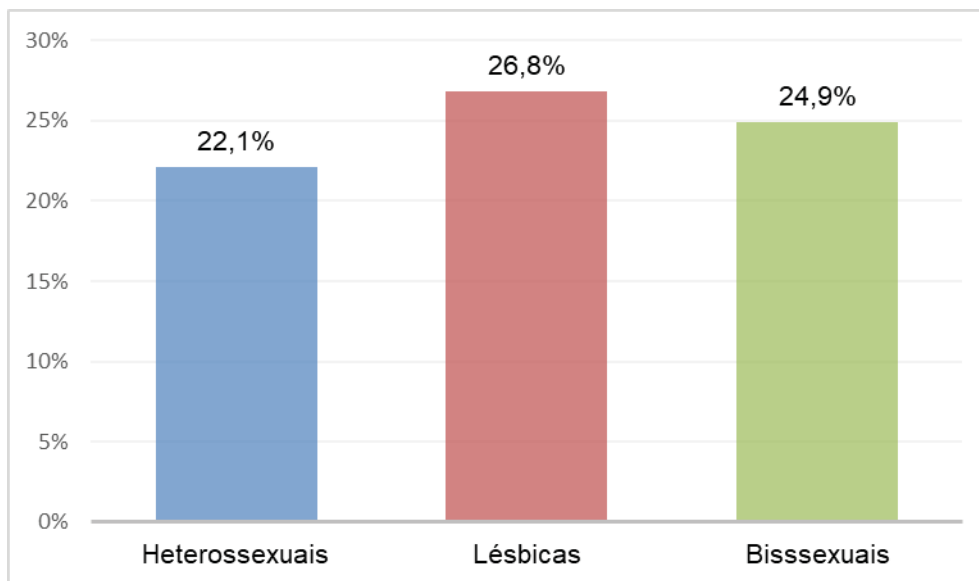
	Heterossexuais n = 571	Lésbicas n = 272	Bissexuais n = 358	P
Prática de exercícios físicos (IPAC)				
Sedentarismo	172 (30.2%)	98 (36.7%)	101 (28.7)	0.005
Insuficientemente ativo	99 (17.3%)	58 (21.7%)	88 (25%)	
Ativo	185 (32.5%)	70 (26.2%)	116 (32.9%)	
Muito ativo	113 (19.8%)	41 (15.3%)	47 (13.3%)	
Tabagismo (cigarros/dia)				
Não tabagista	549 (96.3%)	231 (84.9%)	308 (87.0%)	< 0.0001
<10/dia	14 (2.5%)	20 (7.4%)	30 (8.4%)	
11-20/dia	5 (0.9%)	14 (5.1%)	9 (2.5%)	
21-30/dia	1 (0.2%)	1 (0.4%)	2 (0.5%)	
ocasional	1 (0.2%)	6 (2.2%)	5 (1.4%)	
Consumo de álcool				
Não bebem	206 (36.5%)	73 (27.1%)	107 (30.1%)	0.009
1X/mês	4 (0.7%)	2 (0.7%)	5 (1.4%)	
2-3 X/mês	129 (22.8%)	53 (19.7%)	90 (25.4%)	
1X/ semana	128 (22.6%)	68 (25.3%)	76 (21.4%)	
2X/semana	72 (12.7%)	42 (15.6%)	53 (14.9%)	
3-4X/semana	21(3.7%)	22 (8.2%)	17 (4.8%)	
Uso diário	4 (0.7%)	9 (3.3%)	7 (2.0%)	
Uso de outras drogas (n)	32 (5.6%)	48 (17.6%)	86 (24%)	< 0.0001
Uso de anabolizantes (n)	2 (0.34%)	2 (0.73%)	1 (0.27%)	0.64
IMC (Kg/m ²).	23.4	24.7	23.9	0.02
Mediana (IQR)	(21.2-27.8)	(21.5-29.1)	(20.9-27.8)	

Correção de Bonferroni p < 0.005.

Fonte: a autora (2020).

Não houve diferença significativa entre os grupos quando avaliados em relação à presença de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, entre outras (GRÁFICO 2). Quando questionadas sobre diagnóstico prévio de depressão, as mulheres lésbicas e bissexuais apresentaram valores significativamente mais altos desse diagnóstico que o outro grupo (GRÁFICO 3).

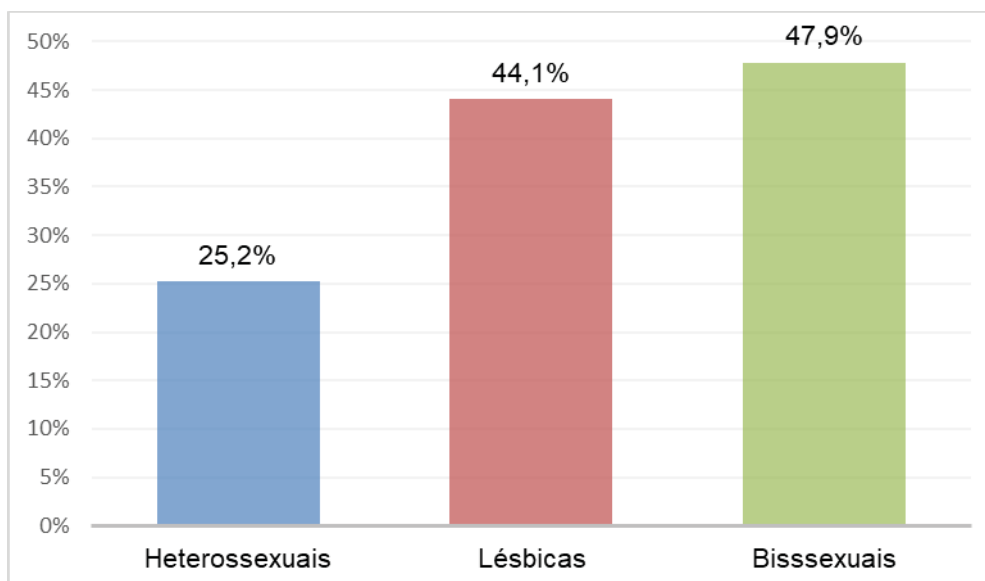
GRÁFICO 2. INCIDÊNCIA DE DOENÇAS CRÔNICAS NAS MULHERES DO ESTUDO



p 0,2839

Fonte: a autora (2020).

GRÁFICO 3. INCIDÊNCIA DE DEPRESSÃO NAS MULHERES DO ESTUDO

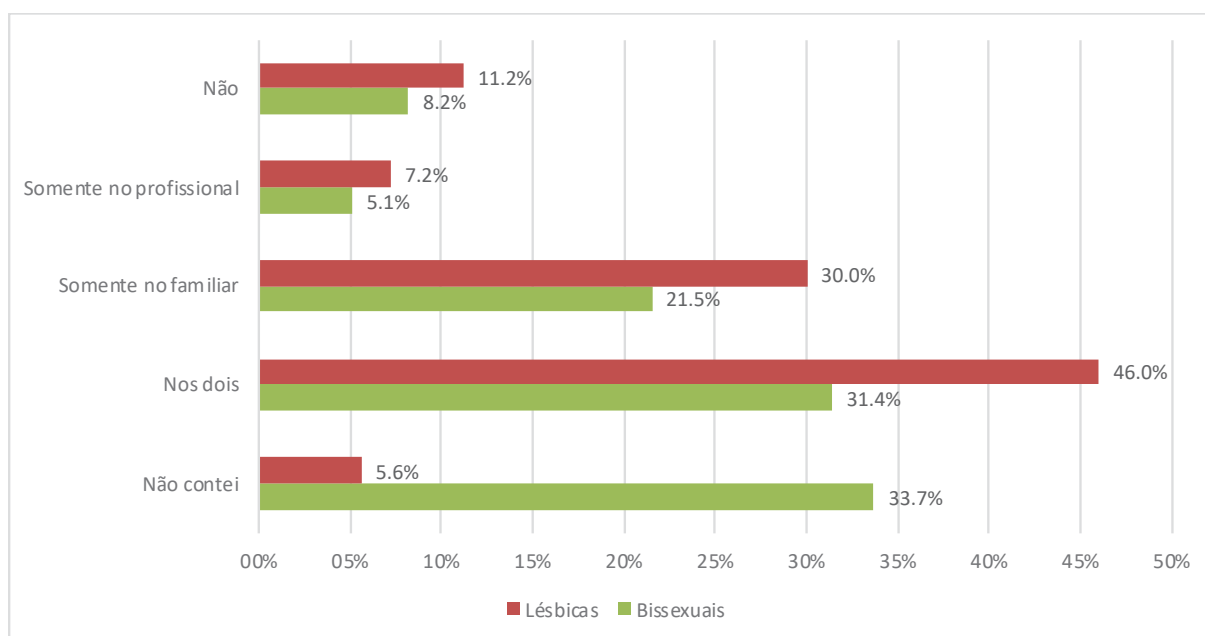


p <0.0001

Fonte: a autora (2020).

As mulheres do grupo LGBT têm dificuldade em expor sua orientação sexual tanto no contexto familiar quanto no profissional (GRÁFICO 4).

GRÁFICO 4. RELATO DE LÉSBICAS E BISSEXUAIS QUANTO À DIFICULDADE EM EXPOR A ORIENTAÇÃO SEXUAL NO CONTEXTO FAMILIAR E/OU PROFISSIONAL



$p < 0.0001$

Fonte: a autora (2020).

Conforme visualizado na TABELA 3, mulheres heterossexuais têm mais parceiros fixos e filhos que as lésbicas e bissexuais. Mulheres lésbicas relataram menos aborto que as bissexuais.

TABELA 3. PERFIL GINECOLÓGICO DAS MULHERES DO ESTUDO

	Heterossexuais n = 571	Lésbicas n = 272	Bissexuais n = 358	P
Tem parceiro fixo (Sim)	414 (72.5%)	182 (66.9%)	191 (53.4%)	< 0.0001
Presença de filhos (Sim)	179 (31.3%)	25 (9.2%)	39 (10.9%)	< 0.0001
Filhos (n)/mulher - Mediana (IQR)	1(1-2)	1 (1-2)	1 (1-2)	0.14
Número de gestações (n)				
0	372 (65.1%)	245 (90.1%)	304 (84.9%)	< 0.0001
1	85 (14.9%)	16 (5.9%)	26 (7.3%)	
2	59 (10.3%)	11 (4%)	18 (5%)	
3 ou mais	55 (9.6%)	0	10 (2.8%)	
Abortos (n)				
0	495 (86.6%)	260 (95.5%)	324 (90.5%)	0.0009
1	55 (9.6%)	12 (4.4%)	30 (8.3%)	
2	11 (1.9%)	0	3 (0.8%)	
3 ou mais	10 (1.7%)	0	1 (0.2%)	

Idade da menarca (anos) - Mediana (IQR)	12 (11-13)	12 (12-13)	12 (11-13)	0.03
Já teve relações sexuais (Sim) (n)	526 (98.5%)	242 (96.8%)	296 (94.6%)	0.005
Idade da primeira relação sexual (anos) - Mediana (IQR)	17 (15-18)	17 (15-18)	16 (15-18)	0.002
Idade da primeira relação homoafetiva (anos) - Mediana (IQR)	-	18 (16-21)	19 (16-22)	0.007

Correção de Bonferroni p=0.002

Fonte: a autora (2020).

Quanto à presença de infecções sexualmente transmissíveis, as pacientes heterossexuais e bissexuais parecem ser mais acometidas (TABELA 4).

TABELA 4. INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS MULHERES DO ESTUDO

	Heterossexuais n = 571	Lésbicas n = 272	Bissexuais n = 358	P
Já teve algum tipo de Infecção sexualmente transmissível? (n)				
Sim (n)	113 (19.8%)	36 (13.2%)	75 (20.9%)	0.03
Se sim, qual?				
Tricomonas	7(1.2%)	5 (1.8%)	8 (2.2%)	0.48
Clamídia	11 (1.9%)	4 (1.4%)	18 (5.0%)	0.006
Gonococo	5 (0.8%)	0	4 (1.1%)	0.24
Herpes	20 (3.5%)	11 (4.0%)	17 (4.7%)	0.64
HPV	63 (11.0%)	13 (4.7%)	30 (8.3%)	0.03
HIV	1 (0.1%)	1 (0.3%)	0	*
Sífilis	3 (0.5%)	3 (1.1%)	6 (1.6%)	0.22

(*)- número muito pequeno

Correção de Bonferroni p=0.002

Fonte: a autora (2020).

Quando avaliadas quanto à presença de doenças ginecológicas, não foi encontrado correlação com achados de corrimento vaginal, pólipos, miomatose uterina e dor pélvica crônica (TABELA 5). Vaginismo e endometriose foram mais comuns no grupo de bissexuais enquanto que os achados de SOP foram mais frequentes nas homossexuais. A incidência de cânceres de mama, ovário e útero foi muito pequena nos três grupos, por isso não pode ser avaliada.

TABELA 5. DOENÇAS GINECOLÓGICAS NAS MULHERES DO ESTUDO

	Heterossexuais	Lésbicas	Bissexuais	P
	n = 571	n = 272	n = 358	
Doenças ginecológicas (n) (*)				
Corrimento vaginal	418 (73.2%)	180 (76%)	272 (76%)	0.02
Pólipo uterino	7 (1.2%)	8 (2.9%)	1 (0.2%)	0.01
Dor pélvica crônica	9 (1.5%)	10 (3.6%)	10 (2.7%)	0.15
Mioma	24 (4.2%)	13 (4.7%)	13 (4.6%)	0.77
Endometriose	57 (9.9%)	18 (6.6%)	104 (29.0%)	< 0.0001
Vaginismo	8 (1.4%)	13 (4.7%)	27 (7.5%)	< 0.0001
Síndrome do Ovário Policístico	105 (18.3%)	71 (26.1%)	22 (6.1%)	< 0.0001
Câncer uterino	5 (8.7%)	1 (0.3%)	0	*
Câncer de mama	2 (0.3%)	0	1 (0.2%)	*
Câncer de ovário	0	2 (0.7%)	0	*

(*)- número muito pequeno

Correção de Bonferroni p=0.002

Fonte: a autora (2020).

As pacientes LB fazem menos Papanicolaou e exames de imagem de mama que as heterossexuais (TABELA 6).

TABELA 6. RASTREIO GINECOLÓGICO NAS MULHERES DO ESTUDO

	Heterossexuais	Lésbicas	Bissexuais	P
	n = 571	n = 272	n = 358	
Quando foi seu último preventivo (Papanicolaou)?				
< 1 ano	275/526 (52.3%)	92/229 (40.2%)	137/307 (44.6%)	0.004
1-2 anos	137/526 (26%)	59/229 (25.8%)	88/307 (28.7%)	
2-3 anos	83/526 (15.8%)	48/229 (21%)	53/307 (17.3%)	
> 3 anos	31/526 (5.9%)	30/229 (13.1%)	29/307 (9.4%)	

Sentiu algum desconforto durante o exame ginecológico?

Sim	146/537 (27.2%)	88/232 (37.9%)	97/314 (30.9%)	0.01
Você já fez algum exame de imagem da mama?				
Sim	327/571 (57.3%)	142/272 (52.2%)	148/358 (41.3%)	< 0.0001

Correção de Bonferroni p=0.005
Fonte: a autora (2020).

Menos da metade das pacientes homossexuais considera a conduta do seu ginecologista adequada. Entretanto para esse grupo é oferecido menos métodos contraceptivos e menor orientação sobre a vacina do HPV. Somente 70% das mulheres heterossexuais e 53% das bissexuais fazem uso de método contraceptivo (TABELA 7).

TABELA 7. AVALIAÇÃO DA CONDUTA DO MÉDICO GINECOLOGISTA PELAS MULHERES DO ESTUDO

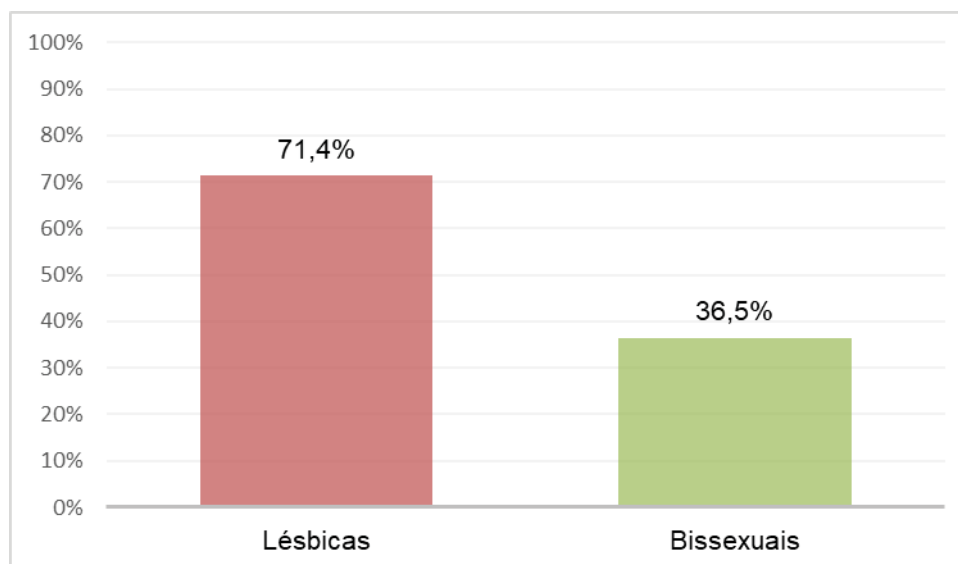
	Heterossexuais n = 571	Lésbicas n = 272	Bissexuais n = 358	P
Considera adequada a conduta do seu ginecologista?				
Sim	451/571 (79%)	123/272 (45.2%)	196/358 (54.7%)	< 0.0001
Médico ofereceu método contraceptivo?				
Sim	520/571 (91.1%)	116/272 (42.6%)	258/358 (72.1%)	<0.0001
Faz uso de método contraceptivo?				
Sim	399 (69.9%)	76 (27.9%)	192 (53.6%)	< 0.0001
Faz uso de preservativo? (frequência)				
Não usa	253 (44.3%)	232 (85.3%)	131 (36.6%)	< 0.0001
Sempre usa	119 (20.8%)	16 (5.9%)	54 (15.1%)	
Na maioria das vezes	123 (21.5%)	13 (4.8%)	118 (32.9%)	
Às vezes	76 (13.3%)	11 (4%)	55 (15.3%)	
Médico ofereceu vacina HPV?				
Sim	283/571 (49.6%)	99/272 (36.4%)	155/358 (43.3%)	0.001

Correção de Bonferroni p=0.005
Fonte: a autora (2020).

Somente 36,5% das mulheres bissexuais informaram ao seu ginecologista sobre sua orientação sexual (GRÁFICO 5). Das pacientes homossexuais que contaram ao seu ginecologista sobre sua orientação sexual, 45,6% referiram

dificuldade em comunicá-lo e 31,3% relataram preconceito após a informação (GRÁFICO 6 E 7).

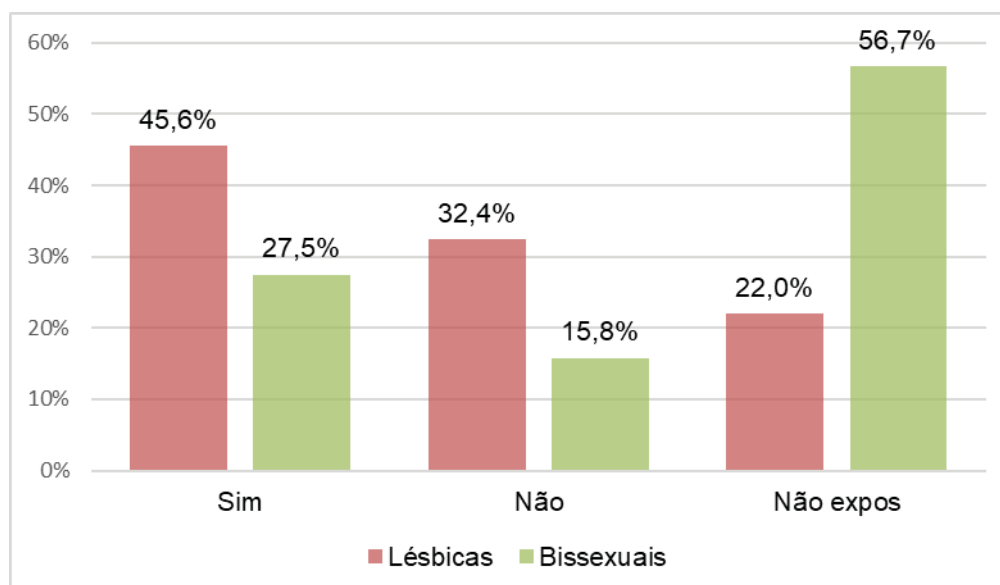
GRÁFICO 5. MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS QUE INFORMARAM AO GINECOLOGISTA SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL



$p < 0.0001$

Fonte: a autora (2020).

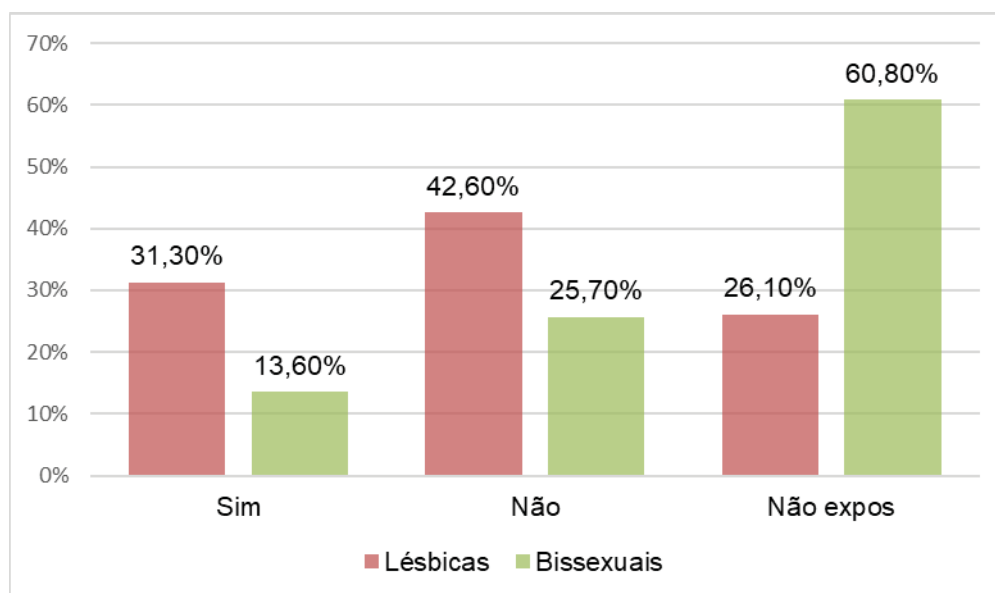
GRÁFICO 6. DIFICULDADE DAS LÉSBICAS E BISSEXUAIS EM EXPOREM AO GINECOLOGISTA SUA ORIENTAÇÃO SEXUAL



$p < 0.0001$

Fonte: a autora (2020).

GRÁFICO 7. RELATO DE LÉSBICAS E BISSEXUAIS SOBRE O PRECONCEITO DO MÉDICO GINECOLOGISTA QUANTO À ORIENTAÇÃO SEXUAL



$p < 0.0001$

Fonte: a autora (2020).

5 DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa mostraram que o grupo de lésbicas e bissexuais tem características diferentes das pacientes heterossexuais. Obteve-se uma amostra bem homogênea das pacientes quanto à idade, a maioria delas eram mulheres jovens entre 20-30 anos. No grupo de mulheres heterossexuais, houve maior prevalência de brancas, com acesso ao sistema privado de saúde e com pós-graduação quanto comparadas ao grupo LB. Mais da metade das mulheres LB tinham formação superior. Menos de 40% das bissexuais têm renda superior a 2 salários mínimos, contra 67% no grupo heterossexual e 56% no grupo homossexual. Esse perfil de mulheres encontrado no estudo – mulheres jovens, com bom acesso à saúde e bom grau de escolaridade – define diversos outros achados na pesquisa. A literatura também mostra uma heterogeneidade quanto ao perfil das pacientes lésbicas e bissexuais (FREDRIKSEN-GOLDSSEN *et al.*, 2013; GONZALES *et al.*, 2016; KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006; STEELE; TINMOUTH; LU, 2006).

A maioria das participantes eram das regiões Sul e Sudeste do país – regiões também mais populosas. O acesso à internet não parece ser um problema para a maioria da população brasileira. Segundo pesquisa IBGE 2019 – 82,7% dos domicílios tinham acesso à internet. O equipamento mais utilizado para acesso à navegação foi o celular em 99,5% dos domicílios (IBGE, 2019).

A geração de adolescentes e adultos jovens vem tendo uma importante mudança no padrão epidemiológico principalmente relacionado ao acesso à informação – maior escolaridade e acesso à internet. Essas mulheres jovens são mais empoderadas, expressam com mais facilidade suas orientações sexuais e também têm maior consciência social. Elas são mais engajadas com políticas e programas de ações sociais e pesquisa. Talvez por isso elas tenham tido maior participação nesse trabalho que as demais faixas etárias.

Maiores índices de tabagismo e uso de drogas foram encontrados no grupo de lésbicas e bissexuais, o que corrobora aos achados descritos por outros dois autores (CASE *et al.*, 2004; DRABBLE; TROCKI, 2005). Não foi encontrada diferença estatística quanto ao consumo de álcool, peso e IMC das pacientes nos diferentes grupos pesquisados. A ausência de diferença significativa no IMC vai contra grande parte dos trabalhos na literatura que mostram forte correlação da orientação sexual de mulheres LB com o aumento do IMC (INSTITUTE OF MEDICINE, 2011; CASE *et*

al., 2004; DRABBLE; TROCKI, 2005; ELIASON *et al.*, 2015; GONZALES *et al.*, 2016). Essa importante diferença entre a literatura e o estudo em questão pode estar relacionada ao perfil das pacientes do trabalho. Mulheres jovens, com bom nível de escolaridade e acesso ao sistema privado de saúde têm melhores condições culturais e socioeconômicas para cultivar bons hábitos nutricionais e de estilo de vida, o que reflete em melhor controle de peso. Talvez por esse mesmo motivo – perfil das pacientes e cuidados gerais com a saúde, sem a prevalência de sobrepeso/obesidade – também não foi observado diferença entre os grupos quanto à incidência de doenças crônicas tais como diabetes, hipertensão, etc. Dessa forma, é possível concordar com o trabalho publicado em 2020 que relata que a maioria das disparidades no quesito de saúde em geral estão relacionadas ao comportamento social e estilo de vida (ID *et al.*, 2020).

O constante estresse social marcado principalmente pela discriminação e estigmatização enfrentado pelas mulheres do grupo LGBT influencia negativamente marcadores de saúde e aumenta notoriamente a incidência de desordens psiquiátricas nessa população. Assim como em diversos outros trabalhos, também foi encontrado um aumento significativo de transtornos depressivos em mulheres LB (44% e 47,8% respectivamente) quando comparadas às heterossexuais (25,2%). Tal achado, muitas vezes, relaciona-se com o preconceito historicamente enfrentado por esse grupo nas diversas esferas sociais, principalmente no contexto familiar e profissional. Muitas das mulheres deixam de expor sua orientação para proteger o emprego, a guarda de um filho e até para evitar assédio (BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; BOSTWICK *et al.*, 2010; CASE *et al.*, 2004). Quase metade das pacientes lésbicas referiram dificuldade em expor sua orientação sexual em ambos os contextos. Além disso, ambos os grupos relataram maior dificuldade em expor sua orientação no ambiente familiar do que no profissional.

Nesse contexto de preconceito, discriminação, depressão e de dificuldade em se expressar, principalmente no ambiente familiar, associa-se negativamente também o aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas já discutido anteriormente. Esse grupo de mulheres LB também têm menores números de fatores protetores como parceiros fixos e filhos, quando comparadas as mulheres heterossexuais – dados condizentes com a literatura (INSTITUTE OF MEDICINE), 2011).

Muito se comenta na literatura médica sobre o aumento da frequência de ISTs em pacientes do grupo LGBT. Alguns trabalhos reportam alta prevalência de

doenças como HIV, HPV pela falta de cuidados preventivos durante o ato sexual. Mulheres lésbicas acreditam, com frequência que esse tipo de transmissão se dá apenas no contato heterossexual e em casos de múltiplos parceiros(BAILEY *et al.*, 2004; BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; CARROLL, 1999) Verificou-se que mulheres bissexuais fazem menos uso de preservativos que as heterossexuais. A frequência de casos de ISTs foi semelhante entre os 3 grupos do estudo.

Com relação a desordens ginecológicas benignas, não foi encontrado relação entre os grupos quanto à presença de corrimento, pólipos, miomatose e dor pélvica crônica. Diferente do descrito numa meta-análise feita por Robinson *et al* (2016). que afirmou haver uma maior prevalência de dor pélvica crônica em mulheres bissexuais. No mesmo artigo, o autor justifica a presença de dor pélvica como resultado de infecção pélvica ou achados de endometriose – porém o mesmo não encontra dados afirmativos de aumento da prevalência dessas duas desordens na população relacionada(ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016). Diferentemente do encontrado por Robinson *et al* (2016). nesse estudo foi encontrado aumento significativo de endometriose em mulheres bissexuais (29%) quando comparadas a heterossexuais e lésbicas (9,9% e 6,6% respectivamente).

O trabalho publicado por Agrawal *et al* (2004). constatou que pacientes lésbicas têm maior prevalência de policistose ovariana, SOP e aumento dos níveis de androgênios que pacientes heterossexuais(AGRAWAL *et al.*, 2004). Entretanto essa afirmativa não foi observada na meta-análise feita por Robinson *et al.*(ROBINSON; BEWLEY; MEADS, 2016). Nesse estudo, verificou-se uma prevalência maior de SOP em mulheres lésbicas (26,1%) do que em heterossexuais (18,3%) e bissexuais (6,1%). Assim como no trabalho de Bakay *et al.* que relacionou a depressão e ansiedade com achados de disfunção sexual e vaginismo em mulheres(BAKAY; GÖKLER, 2020), também foi observada a mesma correlação nesse trabalho. A presença de vaginismo foi mais prevalente no grupo de pacientes bissexuais seguido pelo grupo de homossexuais (7,5% e 4,7% respectivamente).

Desordens ginecológicas malignas, como cânceres de mama, ovário e útero não puderam ser avaliadas devido à baixa incidência na amostra do trabalho. Talvez esse achado pode estar relacionado com o fato da maioria das pacientes do estudo serem jovens e ainda não estarem expostas a grande maioria dos fatores de risco associados a esses cânceres.

Apesar de boa parte das pacientes LB do estudo terem acesso ao sistema privado de saúde, mais de um terço delas fazem uso do sistema público no qual, muitas vezes o primeiro atendimento é feito por profissionais da saúde – não necessariamente pelo médico – e não há possibilidade de escolher o profissional que realizará o atendimento. Trabalhos descrevem que esse primeiro contato com o sistema de saúde, muitas vezes, impacta negativamente na impressão da paciente e faz com que a mesma procure fontes alternativas e não confiáveis de referência para tratamento como experiências pessoais de amigos, livros/revistas e *websites*(ALBUQUERQUE *et al.*, 2016; INSTITUTE OF MEDICINE, 1999). Por isso a consulta é um importante momento em que o profissional da saúde tem para promover ações de melhoria das condições gerais e específicas à saúde daquele indivíduo.

Durante a consulta, o médico tem a oportunidade de se mostrar acessível às diversas condições, sem preconceitos e com isso estabelecer um relacionamento de confiança para com o paciente. Este quando sente-se acolhido, tem maior facilidade em expor suas individualidades e problemas. Por meio desse relacionamento de confiança, o profissional tem maior sucesso na aplicação das práticas e tratamentos propostos. Em contrapartida, o paciente sente-se valorizado, acredita e aplica o sugerido pelo seu médico.

O ginecologista e outros médicos que realizam o atendimento ginecológico tem papel fundamental nesse contexto com a prática de cuidados e atenção direcionada à saúde da mulher. Muitas vezes é o único profissional que tem acesso às particularidades da sexualidade daquela mulher e por isso tem uma oportunidade única em abordar e propor cuidados voltados à saúde feminina.

Mulheres de diversas orientações sexuais têm relatado diferentes experiências durante a consulta ginecológica. Menos da metade das pacientes LB expõem sua orientação sexual numa primeira consulta com o ginecologista(HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016; MOSACK; BROUWER; PETROLL, 2013). Diferente das referências encontradas nos estudos europeus referidos, 71,4% das pacientes lésbicas do nosso estudo referem ter exposto sua orientação sexual ao ginecologista. Dados semelhantes foram encontrados também no estudo brasileiro de Rufino *et al* (2018). onde a grande parte das mulheres LB tiveram a mesma conduta(RUFINO *et al.*, 2018). Talvez as diferenças socioculturais entre o Brasil e os demais países europeus justifiquem essa importante divergência

encontrada. As bissexuais, talvez por não considerarem importante o relato, reportam menos sua orientação sexual ao médico.

Embora mais de dois terços das pacientes lésbicas tenham relatado sua orientação sexual ao ginecologista, 45,6% dessas afirmaram que tiveram dificuldade nesse relato e 31,3% sentiram preconceito da parte do profissional. Hirsch et al (2006). também descreveram que pacientes LB além da dificuldade em expor sua orientação sexual, também notam desaprovação e preconceito advindo do profissional(KERKER; MOSTASHARI; THORPE, 2006).

Essas barreiras de discriminação e preconceito enfrentadas pela população LB durante a consulta, quebram o vínculo de confiança no profissional e dificultam a aceitação e aplicação das propostas oferecidas por ele. Quando questionadas sobre a conduta do ginecologista, apenas 45,2% das lésbicas a consideraram adequada enquanto 79% das mulheres heterossexuais e 54,7% das bissexuais tiveram a mesma resposta.

A orientação sobre vacinação contra HPV – incorporada no calendário vacinal do Sistema Única de Saúde (SUS) desde 2016 para meninas entre 9 e 14 anos e recentemente ampliada para mulheres imunossuprimidas até os 45 anos(INCA, 2021) - ocorreu em 36,4% das pacientes lésbicas e 43,3% das bissexuais. Quanto ao uso de métodos contraceptivos, 53% das mulheres bissexuais referiram fazer uso de algum método contra 70% nas heterossexuais. Mesmo diante do risco de gestação e ISTs, somente 72% das pacientes bissexuais referiram que o médico ofereceu algum método contraceptivo durante a consulta.

Outro ponto de importante observação é que apesar da idade da primeira relação sexual entre os grupos ser semelhante, foi observado importante diferença na rotina de realização do exame preventivo (Papanicolaou). Mulheres lésbicas fazem menos exames de rastreio do colo uterino que as demais. Alguns autores relacionam essa menor frequência de rastreio com a menor procura dessa população por esses cuidados(BAPTISTE-ROBERTS *et al.*, 2018; BARBOSA; FACCHINI, 2009). Outros referem que as lésbicas não são adequadamente orientadas sobre a necessidade do rastreio também no seu grupo de orientação sexual(FISH, 2009).

Essa falta de cuidados e adequação nas condutas frente a esse grupo também vulnerável e exposto a diversas variáveis de risco, reflete uma postura de preconceito e discriminação ou falta de treinamento e qualificação do médico

ginecologista? Poucas escolas médicas abordam os cuidados específicos da população feminina LGBT (LAW *et al.*, 2015). A adoção de mudanças na forma de comunicação, linguagem e abordagem são estratégias que facilitarão a relação médico-paciente e conseqüentemente a adesão dos pacientes LGBT aos cuidados propostos (RUFINO *et al.*, 2018).

A homofobia é um problema social que deve ser abolido por toda a sociedade e principalmente pelos profissionais da saúde que devem atuar na promoção e cuidados à população em geral independente dos aspectos sociais, econômicos, culturais e sexuais do indivíduo em questão. Por isso cabe a todos os médicos, principalmente ao ginecologista, o cuidado em manter-se atualizado nos programas de atenção e cuidados à população feminina e impedir que pré-conceitos pessoais e sociais interfiram no exercício da sua principal função como médico – cuidar e promover saúde.

5.1 LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo são principalmente relacionadas ao desenho do trabalho. Por se tratar de um questionário *online*, com respostas autodeclaradas, algumas pacientes podem ter respondido sem o real entendimento das questões. Questionários *online* tem importante viés de seleção por superestimar o n da pesquisa frente à população geral e por ferir o princípio da aleatoriedade das pesquisas científicas em promover a auto seleção dos participantes (BETHLEHEM, 2010). O trabalho holandês publicado em 2010 defendeu que as dificuldades em pesquisas *online* são pela dificuldade de acesso homogêneo da população, visto que muitas pessoas não têm acesso à internet e que a população alvo, mais interessada acaba participando mais e criando dessa forma um importante viés de seleção. Porém no fim do trabalho, é citado que grandes amostras populacionais ajudam a reduzir esse viés.

Outra limitação está relacionada ao n em cada grupo de mulheres participantes. Como não há uma real estimativa da população LB no Brasil, foi considerada uma amostra de 20.000 em cada grupo e portanto o tamanho amostral seria de 392 por grupo, o que não foi atingido pelo grupo de lésbicas nem de bissexuais. Entretanto quando somados o número de participantes do grupo de

lésbicas e bissexuais, tivemos um total de 630 respostas do grupo LB – o que traz maior valor ao resultado amostral.

É importante reforçar que alguns questionamentos do trabalho tais como: sensação de dificuldade em expor a orientação sexual e preconceito advindo do profissional; apesar de terem uma resposta objetiva (sim ou não), o posicionamento da paciente depende de uma avaliação subjetiva e individual da mesma perante a consulta e o médico ginecologista.

Apesar de algumas limitações estarem relacionadas à metodologia da pesquisa *online*, essa forma de pesquisa também possibilita mais respostas e maior transparência das respostas das participantes. O fato de o preenchimento ser feito de forma anônima, e não intermediada, permite críticas e honestidade quanto às respostas de saúde ginecológica e de percepção da consulta, do médico e das dificuldades que essa paciente enfrenta nos diferentes contextos sociais. O mesmo questionário ser aplicado a todos os grupos também evita um possível constrangimento em expor a orientação frente ao entrevistador, caso a pesquisa fosse realizada de forma presencial.

Através desse formato de pesquisa, é possível dar enfoque a algo novo e de crescente demanda no Brasil – a atenção à saúde ginecológica e relacionamento médico-paciente dessa população feminina.

5.2 PERSPECTIVAS

Diante dos resultados encontrados – tanto na definição do perfil das pacientes LB no Brasil, quanto na avaliação da percepção do atendimento ginecológico prestado a elas – podemos traçar medidas direcionadas ao cuidado da saúde dessa crescente população.

É necessário promover programas de atenção básica atualizados às pacientes do grupo LGBT focando nos cuidados à saúde física, mental e sexual. Como também estimular a inserção social dessas mulheres a fim de diminuir preconceitos e estigmas.

Melhorias na educação médica e programas de educação continuada para que os especialistas em ginecologia tenham mais aptidão no atendimento, abordagem e conduta direcionada à essas mulheres. A incorporação de um manual

para rotina de atendimento ginecológico voltado para as necessidades específicas dessa população, poderá ajudar no dia a dia dos profissionais.

Seria também muito interessante um estudo que investigasse se existem e quais as dificuldades que o médico ginecologista enfrenta no atendimento à população lésbica e bissexual no Brasil. No entanto, na nossa experiência, médicos em geral não são muito afeitos a responder questionários *online* e a adesão seria baixa e enviesada.

6 CONCLUSÃO

- A conduta do médico assistente que presta o atendimento ginecológico foi considerada inadequada pela maioria das mulheres lésbicas e por quase metade das pacientes bissexuais. Apesar das lésbicas relatarem com maior frequência sua orientação sexual ao médico quando comparadas às bissexuais, elas reportam mais dificuldade nesse relato e também preconceito advindo do profissional.
- Lésbicas apresentam mais dificuldade em expor sua orientação que as bissexuais. Ambas apresentam mais dificuldade em expor no contexto familiar que no profissional.
- As mulheres lésbicas e bissexuais desse estudo são jovens, entre 20-30 anos, na grande maioria brancas, com bom acesso à saúde e à educação (maioria com ensino superior). As mulheres LB usam mais o sistema público de saúde.
- Dentre as principais variáveis que mais influenciam negativamente a saúde dessa população, percebemos maior consumo de tabaco e drogas ilícitas pelas mulheres LB que as heterossexuais. Tanto as lésbicas quanto as bissexuais têm mais depressão que as heterossexuais.
- Pacientes lésbicas fazem menos exames de Papanicolaou. Elas têm mais SOP enquanto as bissexuais apresentam mais endometriose e vaginismo que os outros dois grupos. As bissexuais realizam menos exames de mama e utilizam menos métodos contraceptivos que as heterossexuais.

REFERÊNCIAS

AGRAWAL, R.; *et al.* Prevalence of polycystic ovaries and polycystic ovary syndrome in lesbian women compared with heterosexual women. **Fertility and Sterility**, [s. l.], v. 82, n. 5, p. 1352–1357, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.04.041>

ALBUQUERQUE, G. A.; *et al.* Access to health services by lesbian , gay , bisexual , and transgender persons : systematic literature review. **BMC International Health and Human Rights**, [s. l.], p. 1–10, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0072-9>

BAILEY, J. V.; *et al.* Sexually transmitted infections in women who have sex with women. **Sex Transm Infect** [s. l.], v.80, p. 244–246, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/sti.2003.007641>

BAKAY, H.; GÖKLER, M. E.. Levels of Depression and Anxiety , Sexual Functions , and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. **J Sex Med.** [s. l.], v.17, n.12, p.2434-2445, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.08.018>

BAPTISTE-ROBERTS, K.; *et al.* Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.** [s. l.], v. 44, n. 1, p. 71–80, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. [Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil]. **Cad de Saúde Pública**, v. 25 Suppl 2, p. S291-300, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400011>

BARBOSA, R. M.; KOYAMA, M. A. H. Mulheres que fazem sexo com mulheres: algumas estimativas para o Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 7, p. 1511-1514, July 2006 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700015>

BETHLEHEM, J. Selection Bias in Web Surveys. **International Statistical Review**, v. 78, n. 2, p. 161–188, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1751-5823.2010.00112.x>

BOSTWICK, W. B.; *et al.* Dimensions of sexual orientation and the prevalence of mood and anxiety disorders in the United States. **American Journal**

of **Public Health**, [s. l.], v. 100, n. 3, p. 468–475, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.152942>

CARROLL, N. M. Optimal gynecologic and obstetric care for lesbians. **Obstet Gynecol**, [s. l.], v. 93, n. 4, p. 611–613, 1999.

CASE, P.; *et al.* Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the nurses' health study II. **Journal of Women's Health**, [s. l.], v. 13, n. 9, p. 1033–1047, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jwh.2004.13.1033>

CHETCUTI, N.; *et al.* Preventive Care's Forgotten Women: Life Course, Sexuality, and Sexual Health among Homosexually and Bisexually Active Women in France. **The Journal of Sex Research**. v.50, n.6, p.587-597. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/00224499.2012.657264>

CONNOLLY, D.; HUGHES, X.; BERNER, A. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among transgender men and non-binary people with a cervix: A systematic narrative review. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 135, p. 106071, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106071>

DRABBLE, L.; TROCKI, K. Alcohol consumption, alcohol-related problems, and other substance use among lesbian and bisexual women. **Journal of Lesbian Studies**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 19–30, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1300/J155v09n03_03

ELIASON, M. J.; *et al.* A Systematic Review of the Literature on Weight in Sexual Minority Women. **Women's Health Issues**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 162–175, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2014.12.001>

FISH, J. **Cervical screening in lesbian and bisexual women: a review of the worldwide literature using systematic methods**. [S. l.: s. n.], 2009. *E-book*.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, K. I.; *et al.* Health Disparities Among Lesbian , Gay , and Bisexual Older Adults : Results From a Population-Based Study. **Am J Public Health** [s. l.], v. 103, n. 10, p. 1802-1809, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>

GONZALES, G.; PRZEDWORSKI, B.S, J.; HENNING-SMITH, C. Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States Results From the National Health Interview Survey. **Jama Intern Med** [s. l.], v. 176, n.9, p. 1344-1351, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.3432>

HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Lesbian womens ' access to

healthcare , experiences with and expectations towards GPs in German primary care. **BMC Family Practice**, [s. l.], p. 1–9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0562-4>

HOFFMAN, N. D.; *et al.* Healthcare Preferences of Lesbian , Gay , Bisexual , Transgender and Questioning Youth. **Journal of Adolescent Health**, [s. l.], v. 45, n. 3, p. 222–229, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.01.009>

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD contínua – Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019**. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101794_informativo.pdf. Acesso em: 12 maio 2021

ID, T. L. H.; *et al.* Research on alcohol and other drug (AOD) use among sexual minority women : A global scoping review. **PLOS One** [S. l.: s. n.], 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229869>

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Câncer do colo do útero - Quem pode ser vacinado contra HPV?** Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/perguntas-frequentes/quem-pode-ser-vacinado-contr-o-hpv>. Acesso em: 12 maio 2021

INSTITUTE OF MEDICINE, IOM. **Lesbian Health: Current Assessment and Directions for Future**. [S. l.: s. n.], 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/6109>

INSTITUTE OF MEDICINE, IOM. **The Health of Lesbian , Gay, Bisexual and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding**. Washington (DC): [s. n.], 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/13128>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Brazilian Cervical Cancer Screening Guidelines**. [S. l.: s. n.], 2016.

INTERNACIONAL, Questionario. Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estudo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil. **Questionário Internacional De Atividade Física (Ipaq): Estudo De Validade E Reprodutibilidade No Brasil**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 5–18, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>

JUN, H.; *et al.* Adult Body mass Index Trajectories and Sexual Orientation: The Nurses' Study II. **Am J Prev Med**. [s. l.], v. 42, n. 4, p. 348–354, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.11.011>

KEENAN, K.; *et al.* Differences in childhood body mass index between lesbian / gay and bisexual and heterosexual female adolescents: A follow- back study. **PLOS One**. p. 1–12, 2018.

KERKER, B. D.; MOSTASHARI, F.; THORPE, L. Health care access and utilization among women who have sex with women: Sexual behavior and identity. **Journal of Urban Health**, [s. l.], v. 83, n. 5, p. 970–979, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11524-006-9096-8>

KERR, D. L.; SANTURRI, L.; MA, P.P. A comparison of Lesbian, Bisexual and Heterosexual college undergraduate women on selected mental health issues. **Journal of American College Health**. [s. l.], n. January 2015, p. 37–41, Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.787619>

LAW, M.; *et al.* Exploring lesbian, gay, bisexual, and queer (LGBQ) people's experiences with disclosure of sexual identity to primary care physicians: A qualitative study. **BMC Family Practice**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 1–8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0389-4>

MASON, T. B.; LEWIS, R. J. Minority stress, depression, relationship quality, and alcohol use: Associations with overweight and obesity among partnered young adult lesbians. **LGBT Health**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 333–340, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2014.0053>

MEREISH, E. H.; OCLEIRIGH, C.; BRADFORD, J. B. Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. **Psychology, Health and Medicine**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 1–13, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.780129>

MOSACK, K. E.; BROUWER, A. M.; PETROLL, A. E. Sexual identity, identity disclosure, and health care experiences: is there evidence for differential homophobia in primary care practice? **Womens Health Issues**. v.23, n.4, p.341-46, 2013. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.whi.2013.07.004>

O'BRIEN, Charles P. The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism. **Jama**, [s. l.], v. 300, n. 17, p. 2054-2056, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2008.570>

ROBINSON, K.; BEWLEY, S.; MEADS, C. Lesbian and bisexual women ' s gynaecological conditions: a systematic review and exploratory. **An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. p. 381–392, 2016. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/1471-0528.14414>

ROSARIO M.; *et al.* Sexual orientation disparities in cancer-related risk behaviors of tobacco, alcohol, sexual behaviors, and diet and physical activity: pooled Youth Risk Behavior Surveys. **Am J Public Health**, [s. l.], v. 102, n. 2, p. 245–254, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301506>

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; Teaching sexuality in Brazilian medical schools. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v.13, n.1, p. vii-viii, 2015 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015ED3306>

RUFINO, A. C.; *et al.* Disclosure of Sexual Orientation Among Women Who Have Sex With Women During Gynecological Care: A Qualitative Study In Brazil. **J Sex Med.** v.15, n.7, p. 966-973, 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.648>

SAÚDE, Ministério da. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais. *In:* , 2012, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: [s. n.], 2012.

SAÚDE, Conselho Nacional de. Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde. *In:* , 2008, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: [s. n.], 2008.

STEELE, L. S.; TINMOUTH, J. M.; LU, A. Regular health care use by lesbians: A path analysis of predictive factors. **Family Practice**, [s. l.], v. 23, n. 6, p. 631–636, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cml030>

TRACY, J. K.; SCHLUTERMAN, N. H.; GREENBERG, D. R.; Understanding cervical cancer screening among lesbians: a national survey. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 1, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-442>

WARD, B. W.; *et al.* Sexual Orientation and Health Among U . S . Adults : National Health Interview Survey , 2013. **National Health Statistics Reports**. n. 77, p. 1-10. 2014. Disponível em: <http://www.cdc.gov/nchs>. Acesso em 20 fev. 2021

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ABORDAGEM GINECOLÓGICA DAS PACIENTES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NO BRASIL

Nós, pesquisadores, estamos convidando a Sra./Srta. a participar como voluntária da pesquisa intitulada ABORDAGEM GINECOLÓGICA DAS PACIENTES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NO BRASIL. O objetivo desta pesquisa é avaliar o acesso ao atendimento ginecológico e a abordagem do ginecologista às pacientes homossexuais femininas e bissexuais no Brasil, verificar o perfil sociodemográfico das pacientes lésbicas e bissexuais no país, identificar possíveis fatores de risco específicos para este grupo, aprimorar a abordagem ginecológica destas pacientes e avaliar a rotina de preventivo nesta população. Após a sua concordância, será necessário responder a um questionário. Os pesquisadores se comprometem a guardar sigilo dos dados e sua identidade não será revelada. Este preenchimento de questionário poderá durar 10 minutos e será realizado uma única vez. Para participar deste estudo a Sra./Srta. não terá nenhum custo e não receberá qualquer vantagem financeira. A Sra./Srta. terá esclarecimentos em qualquer aspecto que desejar e estará livre para recusar-se a participar em qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos. A Sra./Srta. não será identificada em nenhuma publicação que essa pesquisa possa resultar. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. “Ao clicar no botão abaixo, a senhora concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”. _____ “Li este termo de consentimento e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual concordei em participar. Fui informada dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento”. _____ “Li e concordo em participar voluntariamente da pesquisa”. _____ Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, cópia do mesmo será automaticamente enviada para seu endereço eletrônico informado no questionário on-line. Você também pode imprimir esse TCLE caso queira. Em caso de dúvidas, a Sra./Srta. poderá entrar em contato com a Pesquisadora Responsável:

Nome: Prof. Renato Nishihara

Telefone: (41) 99911-9572

E-mail: renato.nishihara@fempar.edu.br

* Required

Eu li e concordo com o acima exposto: *

Mark only one oval.

Sim

Não

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO

PERFIL DEMOGRÁFICO

1. Idade *

2. Residência (Cidade e Estado) *

3. Altura (em cm) *

4. Peso (em kg) *

5. Etnia *

Mark only one oval.

Branca

Afrodescendente

Amarela

Indígena

6. Escolaridade *

Mark only one oval.

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Pós-Graduação

Other: _____

7. Estado Civil *

Mark only one oval.

Solteira

Casada

Divorciada

Viúva

Other: _____

8. Considera-se em um relacionamento estável? *
- Mark only one oval.*
- Sim
- Não
9. Tem filhos? *
- Mark only one oval.*
- Sim
- Não
10. Se sim, quantos?
- _____
11. Qual sua profissão? *
- _____
12. Atualmente você se encontra empregado? *
- Mark only one oval.*
- Sim
- Não
13. Se sim, qual a sua renda salarial?
- Mark only one oval.*
- Nenhuma
- Até 1 salário mínimo
- Até 2 salários mínimos
- Dois ou mais salários mínimos
14. Prática de atividade física (IPAC) *
- Mark only one oval.*
- Sedentarismo
- Muito ativo A: atividade vigorosa ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão
- Muito ativo B: atividade vigorosa ≥ 3 dias por semana e ≥ 20 minutos por sessão + atividade física moderada e ou caminhada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão
- Ativo A: atividade vigorosa ≥ 3 dias por semana e ≥ 20 minutos por sessão
- Ativo B: atividade moderada ≥ 3 dias por semana e ≥ 20 minutos por sessão
- Ativo C: qualquer atividade somada ≥ 5 dias por semana e ≥ 30 minutos por sessão
- Insuficientemente ativo A: realiza 10 minutos contínuos de atividade física, seguindo menos de um dos critérios citados: frequência de 5 dias por semana ou duração de 150 minutos por semana
- Insuficientemente ativo B: não atinge nenhum dos critérios de recomendação citados nos indivíduos insuficientemente ativos A
- Other: _____

15. Consumo de álcool no último mês? (CAGE) *

Mark only one oval.

- Não
- 1 vez por semana
- 2 a 3 vezes por mês
- 1 a 2 vezes por semana
- 3 a 4 vezes por semana
- Quase todos os dias
- Uma vez por dia ou mais
- Other: _____

16. Quantos cigarros ao dia? (Fagerstrom) *

Mark only one oval.

- Não fumo
- Menos de 10 cigarros
- 11 a 20 cigarros
- 21 a 30 cigarros
- Mais de 31 cigarros
- Other: _____

17. Uso de drogas ilícitas *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

18. Faz uso de anabolizantes? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

19. Você possui antecedentes mórbidos pessoais (tais como diabetes, hipertensão, doenças reumatológicas, etc) *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

20. Se sim, quais?

21. Tem ou já recebeu diagnóstico de depressão? *

Mark only one oval.

Sim

Não

22. Se você já recebeu diagnóstico de depressão, usa/usou medicação?

Mark only one oval.

Usei medicação

Uso medicação

Não usei medicação

23. Se usou medicação, qual?

24. Majoritariamente, seu acesso à saúde é: *

Mark only one oval.

Público

Privado

DADOS GINECOLÓGICOS

25. Idade na primeira menstruação *

26. Idade na primeira relação sexual *

27. Quantas vezes você já engravidou? *

Mark only one oval.

Nenhuma vez

Uma vez

Duas vezes

Três ou mais

28. Quantos partos naturais você já teve? *

Mark only one oval.

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três ou mais

29. Quantas cesáreas você já teve? *

Mark only one oval.

- Nenhuma
- Uma
- Duas
- Três ou mais

30. Quantos abortos você já teve? *

Mark only one oval.

- Nenhum
- Um
- Dois
- Três ou mais

31. Se a sua orientação for homossexual ou bissexual, que idade tinha na primeira relação homoafetiva?

32. Se a sua orientação for homossexual ou bissexual, falou para o seu ginecologista sobre sua orientação sexual?

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não se aplica

33. Se a sua orientação for homossexual ou bissexual, sentiu dificuldade ao expor para o seu ginecologista a sua orientação sexual?

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não expus para o meu ginecologista
- Não se aplica

34. Se a sua orientação for homossexual ou bissexual, sentiu alguma forma de preconceito ao expor para o seu ginecologista a sua orientação sexual?

Mark only one oval.

- Sim
- Não
- Não expus para o meu ginecologista
- Não se aplica

35. Se a sua orientação for homossexual ou bissexual, teve dificuldade de expor sua orientação sexual no contexto profissional e familiar?

Mark only one oval.

- Sim, em ambos
- Apenas no familiar
- Apenas no profissional
- Não tive dificuldade
- Não expus minha orientação sexual
- Não se aplica

36. Considera que a abordagem do seu ginecologista foi adequada e atendeu suas expectativas com relação a planejamento familiar, sexualidade e cuidados gerais com a saúde? *

Mark only one oval.

- Minha orientação é homossexual e considero que a abordagem foi adequada
- Minha orientação é homossexual e considero que a abordagem não foi adequada
- Minha orientação é bissexual e considero que a abordagem foi adequada
- Minha orientação é bissexual e considero que a abordagem não foi adequada
- Minha orientação é heterossexual e considero que a abordagem foi adequada
- Minha orientação é heterossexual e considero que a abordagem não foi adequada

37. Seu ginecologista lhe ofertou algum método contraceptivo? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

38. Você faz uso de algum método contraceptivo? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

39. Se sim, qual?

40. Suas relações são com preservativos? *

Mark only one oval.

- Sim, sempre
- Majoritariamente sim
- Esporadicamente sim
- Não tenho o hábito

41. Seu ginecologista lhe questionou ou orientou sobre a vacina do HPV? *

Mark only one oval.

- Sim
- Não

42. Quando foi a sua última coleta de exame preventivo? (Papanicolau) *
Mark only one oval.
- Há menos de 1 ano
- Há cerca de 1 ano
- Entre 2 e 3 anos
- Há mais de 3 anos
43. Sabe-se que o exame ginecológico é desconfortável a todas as mulheres, mas você sentiu ou sente dores durante o exame? *
Mark only one oval.
- Sim
- Não
44. Você já teve algum corrimento incômodo? *
Mark only one oval.
- Sim
- Não
45. Você já realizou algum tipo de exame de imagem de mama (como mamografia ou ultrassom?) *
Mark only one oval.
- Sim
- Não
46. Você já teve ou tem algum tipo de Infecção Sexualmente Transmissível (IST)? *
Mark only one oval.
- Sim
- Não
47. Se sim, qual (is)? Mais de uma opção pode ser selecionada
Check all that apply.
- HIV
- Sífilis
- Herpes
- HPV (verruga genital)
- Clamídia
- Gonorreia
- Tricomoníase
- Other: _____

48. Você tem ou já teve alguma dessas doenças ginecológicas? Mais de uma opção pode ser selecionada *

Check all that apply.

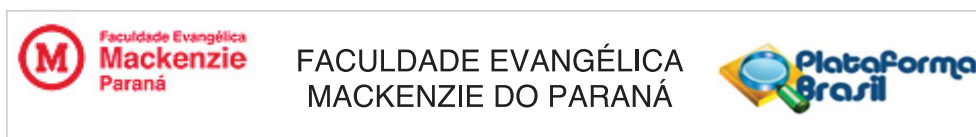
- Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP)
- Endometriose/adenomiose
- Mioma
- Pólipo uterino
- Dor pélvica crônica
- Câncer de mama
- Câncer de colo de útero
- Câncer de ovário
- Vaginismo
- Não tive nenhuma dessas

49. Obrigada por ter respondido o nosso questionário! Caso tenha alguma sugestão para nós, escreva abaixo:

This content is neither created nor endorsed by Google.

Forms

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM GINECOLÓGICA DAS PACIENTES LÉSBICAS E BISSEXUAIS NO

Pesquisador: Renato Mitsunori Nisihara

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38239920.3.0000.0103

Instituição Proponente: INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.377.918

Apresentação do Projeto:

Introdução: Por muito tempo objetivou-se somente a pesquisa de doenças sexualmente transmissíveis em grupos como lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais, intersexuais e assexuais (LGBTIAs). Com o crescimento dessa população, vem-se observando que há uma importante lacuna no conhecimento do seu perfil, assim a necessidade de conhecê-lo para traçar a melhor estratégia de abordagem à saúde. Muitos profissionais ginecologistas estão despreparados para atender essa população feminina. A falta de interesse sobre a orientação sexual da paciente impede que o especialista compreenda e oriente adequadamente sua paciente conforme as suas necessidades clínicas, ginecológicas, sexuais e reprodutivas. (12,13) O ginecologista precisa estar ciente que o comportamento sexual dessas mulheres podem as expor à diferentes fatores de vulnerabilidade, onde ele deverá atuar no seu papel de promoção à saúde feminina. **Objetivos:** Avaliar a abordagem e atendimento do médico ginecologista em relação as pacientes homossexuais e bissexuais femininas no Brasil.

Métodos: É um estudo transversal analítico, no qual aplicaremos um questionário on line à 3 grupos diferentes de pacientes conforme suas orientações sexuais (homossexuais femininas, bissexuais e heterossexuais, sendo esse último o grupo controle).

A pesquisa será realizada de novembro de 2020 a julho de 2021.

Critérios de inclusão

- Concordância em participar do estudo através do consentimento no

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrrilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.377.918

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

- Responder completamente o questionário aplicado;
- Mulheres heterossexuais, homossexuais e bissexuais acima de 18 anos.

Crítérios de exclusão

- Ausência de consentimento no TCLE;
- Questionários incompletos.

METODOLOGIA ESTATÍSTICA:

Os dados serão avaliados estatisticamente e planilhados no Excel.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Avaliar a abordagem e atendimento do médico ginecologista em relação as pacientes homossexuais e bissexuais femininas no Brasil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o perfil sócio demográfico das pacientes lésbicas e bissexuais no Brasil;
- Identificar possíveis fatores de riscos específicos para esse grupo de minorias;
- Avaliar a rotina de preventivo para câncer cervical (papanicolau) nessa população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Neste estudo não há risco para a integridade física de seus participantes. No entanto, pode haver certo constrangimento ao responder o questionário por parte dos indivíduos da pesquisa, o que será minimizado pelos pesquisadores, uma vez que a aplicação do questionário ocorrerá de forma anônima. As planilhas com os dados serão guardadas e protegidas.

BENEFÍCIOS

Essa pesquisa vai proporcionar a análise e reflexão das abordagens médico paciente à mulheres heterossexuais, homossexuais e bissexuais para um atendimento profissional igualitário, proporcionando uma melhora das condições e acesso à saúde dessas mulheres.

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorilho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.377.918

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo transversal analítico com aplicação de questionário on line.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

COVID-19:

O Comitê de Ética em Pesquisa recomenda que o cumprimento do cronograma de execução do estudo, seja realizado perante ciência dos pesquisadores e chefe de serviço visando a segurança de todos os envolvidos na pesquisa frente a pandemia do Covid-19 e que sejam seguidas todas as medidas de prevenção para evitar o contágio e a proliferação do coronavírus.

RELATÓRIOS:

Solicitamos que sejam apresentados a este Comitê de Ética em Pesquisa a partir da data de aprovação, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

Ao término da pesquisa, o pesquisador responsável deve encaminhar o relatório final com os resultados e a conclusão do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências elencadas no parecer nº4.325.690 de 07 de outubro de 2020 e no parecer nº4.354.972 de 22 de outubro de 2020 emitidos por este CEP, foram atendidas de forma satisfatória.

Não foram encontrados óbices éticos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e suas complementares. Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná –CEP/FEMPAR, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1632091.pdf	24/10/2020 17:46:26		Aceito
Outros	cartaCEP.pdf	24/10/2020	Renato Mitsunori	Aceito

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorrião

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br



FACULDADE EVANGÉLICA
MACKENZIE DO PARANÁ



Continuação do Parecer: 4.377.918

Outros	cartaCEP.pdf	17:46:02	Nisihara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_word_corrigido_2.pdf	24/10/2020 14:38:37	Gislaine Paviani	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_word_corrigido_2.docx	24/10/2020 14:38:24	Gislaine Paviani	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_online.pdf	17/09/2020 21:57:19	Gislaine Paviani	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/09/2020 21:55:46	Gislaine Paviani	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 04 de Novembro de 2020

Assinado por:
ANA CRISTINA LIRA SOBRAL
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770

Bairro: Bigorriho

CEP: 80.730-000

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3240-5570

Fax: (41)3240-5584

E-mail: comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO 2 – ARTIGO ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

International Journal of Gynecology and Obstetrics
Sexual orientation and gynecological medical care: a cross sectional study with
Brazilian women
--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	
Article Type:	Clinical Article
Section/Category:	Regular Submission
Keywords:	Sexual Behavior; Gynecology; Health Disparities.
Corresponding Author:	Renato Nisihara Universidade Positivo Curitiba, BRAZIL
First Author:	Gislaine Paviani
Order of Authors:	Gislaine Paviani Kadija Chrisostomo Najila Sandrin Mariana Hilgert Thelma Larocca Skare Renato Nisihara
Manuscript Region of Origin:	Latin America
Abstract:	<p>Objective: To studied a sample of Brazilian lesbians and bisexual (LB) and heterosexual females emphasizing gynecological problems and adopted doctor's approaches.</p> <p>Methods: Internet based survey for women with ≥ 18 years of age on epidemiological data, data on sexual habits, main gynecological diseases and patient-gynecologist relationship.</p> <p>Results: The survey was answered by 531 heterosexuals, 272 lesbians and 358 bisexual females. The LB group had less Caucasian individuals, used more public health resources and had more individuals using tobacco, alcohol and recreational drugs. No differences were found in number of individuals with diabetes mellitus, obesity, hypertension and in the number of sexual transmissible diseases. Depression was more common in the LB group. Endometriosis and vaginism were more common in bisexual females while polycystic ovarian syndrome was more frequent in lesbians. The questions on patient-gynecological doctor relationship showed that most LB females felt uncomfortable and unsatisfied with the treatment received.</p> <p>Conclusions: The LB studied sample had different epidemiological characteristics from those of the heterosexual group. Differences in morbid antecedents were found only in endometriosis, vaginismus and polycystic ovarian syndrome. Most of LB Brazilian females are unsatisfied with treatment received from gynecologists.</p>