

Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids

Knowledge of women who have sex with women about Sexually Transmitted Infections and AIDS

Ana Beatriz Henrique Parenti (<https://orcid.org/0000-0002-4165-9800>)¹
 Mariana Alice de Oliveira Ignácio (<http://orcid.org/0000-0002-3209-035X>)¹
 Thayná Santos Bueso (<https://orcid.org/0000-0002-9987-4087>)¹
 Margareth Aparecida Santini de Almeida (<https://orcid.org/0000-0002-4603-2513>)²
 Cristina Maria Garcia de Lima Parada (<https://orcid.org/0000-0002-9597-3635>)¹
 Marli Teresinha Cassamassimo Duarte (<https://orcid.org/0000-0001-9582-2944>)¹

Abstract *This article aims to study the knowledge of women who have sex with women about Sexually Transmitted Infections and AIDS. Cross-sectional study of 260 women, 81 women who either have sex with women or with men and women (WSW) and 179 women who have sex exclusively with men (WSM). Data were collected in 2019/2020 by means of a form and validated instruments. To study the association between sexual partnership and level of knowledge about Sexually Transmitted Infections and AIDS, multiple Cox regression models were adjusted, producing significant associations of $p < 0,05$. The median percentage of correct answers was lower among WSW when compared to WSM [68% (18-96) vs 75% (14-96); $p = 0,023$]. Having sex with woman [PR=2.36 (1.07-5.21); $p = 0,033$] and less than 11 years of schooling [PR=2.64 (1.12-6.21); $p = 0,026$] were independently associated with low knowledge. WSW had a lower level of knowledge about Sexually Transmitted Infections and AIDS than WSM, and lower education was independently associated with this finding.*

Key words *Knowledge, Sexually Transmitted Infections, AIDS, Female homosexuality*

Resumo *O objetivo deste artigo é estudar o conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids. Estudo transversal com 260 mulheres, sendo 81 mulheres que fazem sexo com mulheres ou com mulheres e homens (MSM) e 179 mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens (MSH). Dados obtidos entre 2019 e 2020, por meio de aplicação de formulário e de instrumentos validados. Para estudar a associação entre parceria sexual e nível de conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids foram ajustados modelos de regressão múltipla de Cox, sendo significativas as associações com $p < 0,05$. A mediana do percentual de acerto das questões foi inferior entre às MSM quando comparadas às das MSH [68% (18-96) vs 75% (14-96); $p = 0,023$]. Fazer sexo com mulher [RP=2,36 (1,07-5,21); $p = 0,033$] e escolaridade menor que 11 anos de estudo [RP=2,64 (1,12-6,21); $p = 0,026$] associaram-se independentemente ao baixo conhecimento. As MSM apresentaram menor nível de conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids do que as MSH, assim como a menor escolaridade associou-se independentemente a esse desfecho.*

Palavras-chave *Conhecimento, Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids, Homossexualidade feminina*

¹ Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista (Unesp). Av. Prof. Mário Rubens Guimarães Montenegro s/n, Campus de Botucatu. 18618-687 Botucatu SP Brasil. a.parenti@unesp.br
² Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Unesp. Botucatu SP Brasil.

Introdução

O reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres iniciou-se, no Brasil, em 1984, com o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹, propondo uma abordagem integral da mulher, incorporando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em todos os períodos de vida, rompendo com o modelo de assistência centrado no ciclo gravídico-puerperal, representando assim a consolidação das reivindicações dos movimentos sociais e dos movimentos feministas naquele contexto histórico².

Apesar de avanços para a saúde da mulher, algumas lacunas foram identificadas e revistas em 2003 na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com a proposição de novas ações, entre elas, a inclusão das mulheres lésbicas³ e, em 2011, o direito das mulheres lésbicas e bissexuais foi assegurado com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT)⁴.

Mesmo com avanços na esfera das políticas públicas para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), estudos nacionais^{5,6} e internacionais^{7,8} apontam dificuldades dos profissionais de saúde com este grupo, conseqüente à dominante cultura da heteronormatividade^{5,9}. Quanto às mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), as dificuldades vão, desde o acesso aos serviços de saúde, até a concretização dos cuidados⁹⁻¹¹, pois ainda há invisibilidade no que concerne a sua sexualidade.

Estudos nacionais¹²⁻¹⁴ e internacionais¹⁵⁻¹⁷ que abordaram conhecimentos e práticas de prevenção e fatores associados às Infecções Sexualmente Transmissíveis e Aids (IST/Aids) entre MSM apontam níveis insuficientes de conhecimentos, tornando-as mais vulneráveis à aquisição dessas infecções. Mesmo não sendo o único determinante, a ausência de discussões e acesso a informações sobre saúde sexual associa-se a esse desfecho negativo, enquanto sua presença constitui importante elemento para a adesão de comportamentos sexuais mais seguros¹⁸.

Avaliar o conhecimento sobre as IST/Aids é fundamental para a elaboração de intervenções e políticas de saúde, nesse sentido, e para facilitar futuras investigações com essa mesma temática, este estudo utiliza o *Sexually Transmitted Disease - Knowledge Questionnaire (STD-KQ)*¹⁹, questionário validado e adaptado para o português exclusivamente desenvolvido para medir o conhecimento sobre as IST, além de ser o único questionário que analisa a transmissão vertical

de algumas infecções e medidas de prevenção e proteção sobre a transmissão²⁰.

Considerando-se que as MSM apresentam vulnerabilidades às IST²¹ e que há lacunas na literatura, sobretudo nacional, a respeito dos conhecimentos dessa população sobre essas infecções, propõe-se o presente estudo, que tem por objetivo estudar o conhecimento de MSM sobre IST/Aids.

Método

Estudo transversal que compõe pesquisa mais ampla que visou estudar a vulnerabilidade de MSM a agravos relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva e situação de violência. Foi desenvolvido no município de Botucatu, localizado no centro-oeste do estado de São Paulo.

A população alvo do estudo foi composta por mulheres com 18 anos ou mais e vida sexual ativa, sendo excluídas aquelas que não tinham condições físicas e/ou mentais para responder às perguntas dos instrumentos de coleta de dados.

Os dados foram obtidos entre maio de 2019 e novembro de 2020. A estratégia de captação da amostra incluiu ampla divulgação do estudo nas redes sociais (Facebook, e-mail, Instagram, WhatsApp), em bares, pontos comerciais diversos e instituições de ensino e saúde, por meio de cartazes e folhetos/convite: “Cuidando da Saúde da Mulher - Projeto para mulheres que têm relação sexual com mulheres, com homens e com mulheres e homens”, sendo disponibilizados os contatos das pesquisadoras, bem como os endereços das redes sociais (@cuidandodamulher19; cuidandodamulher19@gmail.com; pcsaudedamulher2019). Especificamente para a MSM foi intensificada a divulgação em grupos de ativismo LGBT e entre participantes de pesquisa anterior²². Desta forma, mulheres que tinham interesse em participar, faziam contato com as pesquisadoras e, nesse momento, recebiam orientações sobre os objetivos da pesquisa e forma de participação.

Assim, a amostra foi constituída por 260 mulheres, das quais 81 faziam sexo com mulheres ou com mulheres e homens (MSM) e 179 faziam sexo exclusivamente com homens (MSH).

A adoção da nomenclatura MSM se justifica considerando a diversidade de práticas sexuais entre mulheres, independente da orientação e identidade sexual, requerendo-se que ações de prevenção às IST/Aids nesta população priorizem a história sexual. Assim, as pesquisas sobre IST e MSM^{11-14,16,17} têm utilizado esse termo, com

vistas a permitir a comparabilidade entre os estudos ao longo do tempo, sem que se deixe de reconhecer a luta histórica de mulheres lésbicas e bissexuais por garantia de direitos e visibilidade nas políticas públicas e identitária.

A coleta de dados foi realizada por meio de formulário composto por questões relativas às variáveis sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/práticas sexuais e de proteção, condições clínicas e de acesso a serviços de saúde e dos instrumentos validados: *Sexually Transmitted Diseases - Knowledge Questionnaire* (STD-KQ)¹⁹, *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT)²³ e *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20)²⁴.

O formulário foi construído especificamente para a pesquisa mãe, contendo questões abertas e fechadas, sendo submetido à análise de especialistas na área de saúde da mulher e mental quanto a sua clareza e conteúdo, incluindo uma mulher que faz sexo com mulher. Foi testado com mulheres que não compuseram a amostra, não tendo sido necessárias alterações.

O STD-KQ¹⁹ trata-se de instrumento validado, desenvolvido nos Estados Unidos (EUA) por Jaworski e Carey, em 2007, especificamente para avaliar conhecimentos sobre IST e HIV/Aids. A versão original apresenta 27 itens relativos ao conhecimento sobre HIV/Aids, hepatite B, Papiloma Vírus Humano (HPV), Herpes genital, Clamídia e Gonorreia, sendo adaptado para o português brasileiro em 2015²⁰. Foi retirada uma questão sobre uso de camisinha de pele de cordeiro e incluídas duas questões sobre sífilis, doença com alta prevalência no país. O questionário pode ser autoaplicado e é constituído por 28 itens, categorizados em “verdadeiro”, “falso” e “não sei”. O resultado é calculado pela soma das respostas corretas, onde cada uma corresponde a um ponto, desta forma, permitindo pontuação máxima de 28.

O AUDIT²³ tem como objetivo identificar informações fidedignas e padronizadas sobre o consumo problemático do álcool. Possui 10 questões sobre o uso de álcool nos 12 meses que antecederam sua aplicação em relação à quantidade e frequência, à dependência e às consequências, com pontuação máxima de 40 pontos. Para este estudo, determinou-se consumo de risco a pontuação igual ou superior a oito pontos.

O SRQ-20²⁴ é um questionário de rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (TMC), que possibilita avaliar condições gerais de saúde mental, como ansiedade, insônia e outros sintomas de sofrimento psíquico. É composto por

20 questões, com respostas do tipo binário (sim/não, com pontuação de 1 e 0, respectivamente), sendo considerado TMC em mulheres o ponto de corte de 8 ou mais pontos.

A equipe que realizou a coleta de dados foi composta por três enfermeiras pós-graduandas, incluindo a primeira autora, que foram devidamente treinadas para aplicar os instrumentos de obtenção de dados. A coleta de dados foi realizada na Unidade Auxiliar da Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo 225 até o mês de março de 2020, interrompidas devido ao advento da Pandemia de COVID-19, e 35 entre outubro e novembro de 2020, período em que a retomada da pesquisa foi autorizada, sendo asseguradas todas as medidas de proteção sanitária às participantes. Cada coleta de dados durou em média 30 minutos.

O desfecho estudado foi o baixo nível de conhecimento sobre IST/Aids (sim/não), sendo considerado baixo nível de conhecimento quando o percentual de acerto do STD-KQ¹⁹ foi inferior a 50%.

A variável independente foi o tipo de parceria sexual (MSM ou MSH).

Foram estudadas as covariáveis: idade em anos (18-21, 22-29, ≥ 30); cor da pele autodeclarada (branca, não branca); anos de estudo concluídos (≤ 11 anos e ≥ 12 anos); estado conjugal (unidas, não unidas); religião (sim/não); renda familiar *per capita* em reais; atividade remunerada (sim/não); uso de tabaco (sim/não); uso de drogas ilícitas (sim/não); uso abusivo de álcool (AUDIT²³ ≥ 8 pontos, < 8 pontos); número de parcerias sexuais nos últimos três meses (0, 1, ≥ 2); uso de acessórios sexuais (sim/não), uso consistente (em todas as relações sexuais vaginais e/ou anais) de preservativos nas práticas penetrativas (sim/não); uso de contraceptivo hormonal (sim/não); transtorno mental comum (SRQ-20²⁴ ≥ 8 pontos, < 8 pontos); oportunidade de tirar dúvidas sobre IST/Aids no serviço de saúde (sim/não); recebeu informações sobre prevenção de IST/Aids no serviço de saúde (sim/não); conhece o preservativo feminino (sim/não); onde obtém informações sobre IST/Aids (meios de comunicação/ensino formal/ família, amigos e trabalho/ serviço de saúde) e presença nos 12 meses que antecederam à coleta de dados (sim/não) de consulta ginecológica, retirada de camisinha gratuita no serviço de saúde ou retirada gratuita em outros locais.

Os dados foram codificados e lançados duplamente em planilha criada no programa Microsoft Excel® e, quando houve discordâncias, o instrumento de coleta foi revisto, sendo realizadas as

devidas correções no banco. Posteriormente, os dados foram disponibilizados.

O estudo descritivo das variáveis categóricas foi realizado pela distribuição de frequência e das variáveis numéricas quantitativas, por medidas de posição e dispersão e, na comparação dos grupos, empregou-se o teste Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foram ajustados modelos de regressão múltipla de Cox para estudar a associação entre tipo de parceria sexual e o baixo nível de conhecimento sobre IST/Aids, incluindo no componente determinístico dos modelos as variáveis mais fortemente associadas ($p < 0,20$), identificadas na exploração bivariada. No modelo final, associações foram consideradas estatisticamente significativas se $p < 0,05$. Análises foram feitas com o *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS 21*.

O projeto da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” e recebeu parecer favorável sob o número 3.320.951. Todas as participantes foram devidamente esclarecidas sobre os objetivos e forma de participação e, aquelas que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao término da coleta de dados, foram feitas orientações àquelas mulheres que não conheciam ou que apresentaram dúvidas sobre IST/Aids.

Resultados

A mediana de idade e de renda familiar per capita das mulheres foi de 26 anos (18-50) e R\$ 1.666,66 (R\$ 223,30-R\$ 15.000,00), respectivamente (dados não demonstrados em tabela).

Predominaram as mulheres que se encontravam na faixa etária de 22 a 29 anos (43,5%), que se autodeclararam brancas (77,3%), com 12 ou mais anos de estudo concluídos (86,5%), não unidas (77,3%), que professavam alguma religião (65,8%), que exerciam atividade remunerada (62,7%), que realizaram consulta ginecológica nos 12 meses que antecederam a coleta de dados (63,5%), que retiraram dúvidas (56,5%) e receberam informações sobre IST/Aids nos serviços de saúde (54,6%). Tinham feito uso de tabaco, de uma ou mais drogas ilícitas e uso abusivo de álcool 35,0%, 40,8% e 42,3% respectivamente, e faziam uso consistente de preservativos nas práticas penetrativas 16,9% (Tabela 1).

Dentre as 28 questões do STD-KQ¹⁹, nenhuma delas foi respondida corretamente por

100,0% das mulheres, bem como nenhuma mulher acertou todas as 28 questões do instrumento. As questões que apresentaram percentual de acerto abaixo de 50% foram: Infecções urinárias frequentes são causadas pela Clamídia (20,0%); Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite (35,8%); É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra DST (39,2%); Uma mulher pode dizer, pela forma como sente seu corpo, se tem uma DST (45,0%); Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia (45,8%); Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para a sua parceria sexual (48,1%) (Tabela 2).

A mediana do percentual de acerto das questões do STD-KQ¹⁹ das MSM foi inferior à das MSH [68% (18%-96%) vs 75% (14%-96%); $p = 0,032$], assim como estas tiveram maior percentual de baixo nível de conhecimento em relação às MSH (18,5% vs 7,8%, $p = 0,038$) (dados não demonstrados em tabela).

Observou-se que as MSM tiveram menor percentual de acerto em relação às MSH nas questões: o HPV pode levar ao câncer nas mulheres (81,5% vs 92,7%, $p = 0,007$); Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo (67,9% vs 79,3%, $p = 0,046$); Um homem pode evitar de pegar Verugas Genitais lavando seus genitais após o sexo (65,4% vs 79,3%, $p = 0,017$); e Mesmo que sua parceria não tenha nenhuma lesão no pênis, ânus ou vagina, ele(a) pode passar sífilis para você (79,0% vs 92,2%, $p = 0,002$) (Tabela 2).

As principais fontes de informações sobre IST/Aids citadas pelas mulheres foram: meios de comunicação em massa (74,2%), ensino formal (55,8%), serviços de saúde (54,5%) e família, amigos e trabalho (42,7%). Destaca-se que menor percentual de MSM recebeu informações nos serviços de saúde em comparação às MSH (40,7% vs 60,9%, $p = 0,003$) (Figura 1).

Na análise bivariada as variáveis que mais se associaram com o baixo conhecimento sobre as IST/Aids ($p < 0,20$) foram: cor da pele não branca [RP=1,79 (0,83-3,86); $p = 0,135$]; escolaridade menor que 11 anos [RP=3,92 (1,85-8,31); $p \leq 0,001$]; renda familiar *per-capita* [RP=1,00 (1,00-1,00); $p = 0,148$]; uso de drogas ilícitas [RP=0,55 (0,25-1,25); $p = 0,154$]; uso de contraceptivo hormonal [RP=0,53 (0,22-1,23); $p = 0,139$]; retirou dúvidas sobre IST/Aids nos serviços de saúde [RP=6,24 (2,38-16,37); $p = 0,000$]; recebeu informações sobre IST/Aids nos serviços de saúde [RP=5,78 (2,20-15,14); $p = 0,000$]; fonte de informações sobre IST/Aids no ensino formal e por meios de

Tabela 1. Características sociodemográficas, consumo de substâncias, comportamento/práticas sexuais, clínicas e acesso a serviços de saúde de MSM e MSH (n=260). Botucatu, 2019-2020.

Variáveis	MSM (n=81)		MSH (n=179)		Total (n=260)	
	%	n	%	n	%	n
Idade						
18-21	18	22,2	31	17,3	49	18,8
22-29	39	48,1	74	41,3	113	43,5
≥30	24	29,7	74	41,3	98	37,7
Cor da pele						
Branca	62	76,5	139	77,7	201	77,3
Não branca	19	23,5	40	22,3	59	22,7
Escolaridade						
≤11 anos	9	11,1	26	14,5	35	13,5
≥12 anos	72	88,9	153	85,5	225	86,5
Estado conjugal						
Unidas	20	24,7	39	21,8	59	22,3
Não Unidas	61	75,3	140	78,2	201	77,3
Religião	43	53,1	128	71,5	171	65,8
Atividade remunerada	46	56,8	117	65,4	163	62,7
Uso de tabaco	44	54,3	47	26,2	91	35,0
Uso de drogas ilícitas*	46	56,8	60	33,5	106	40,8
Uso abusivo de álcool†	44	54,3	66	36,9	110	42,3
Parcerias sexuais últimos 3 meses						
0	5	6,2	20	11,2	25	9,6
1	52	64,2	123	68,7	175	67,3
≥2	24	29,6	36	20,1	60	23,1
Uso de acessórios sexuais	27	33,3	18	10,1	45	17,3
Uso consistente de preservativos‡ (n=254)	3	4,0	40	22,3	43	16,9
Uso de contraceptivo hormonal	12	14,8	86	48,0	98	37,7
Transtorno Mental Comum§	35	43,2	46	25,7	81	31,2
Consulta ginecológica últimos 12 meses	43	53,1	122	68,2	165	63,5
Tirou dúvidas sobre IST/Aids nos SS	35	43,2	112	62,6	147	56,5
Recebeu informações sobre IST/Aids nos SS	33	40,7	109	60,8	142	54,6
Retirou camisinha de graça nos SS	22	27,2	58	32,4	80	30,8
Retirou camisinha outro local#	10	12,3	20	11,2	30	11,5
Conhece preservativo feminino	80	98,8	176	98,3	256	98,5

MSM=mulheres que fazem sexo com mulheres ou com mulheres e homens; MSH=mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; IST=infecções sexualmente transmissíveis; SS=serviços de saúde. *Maconha, cocaína, outras drogas; †AUDIT≥8; ‡Práticas penetrativas; §SRQ 20≥8; #Universidades, festas, congressos.

Fonte: Autoras.

comunicação em massa [RP=2,80 (1,28-6,15); p=0,010], [RP=1,76 (0,83-3,73); p=0,139], respectivamente; e parceria sexual com mulheres [RP=2,37 (1,14-4,91); p=0,020] (Tabela 3).

A Tabela 4 apresenta os resultados da regressão múltipla de Cox que investigou as variáveis que se associaram com baixo nível de conhecimento sobre IST/Aids. O tipo de parceria sexual associou-se independentemente ao baixo conhecimento sobre IST/Aids, sendo que as MSM

apresentaram aumento em mais de duas vezes na prevalência desse desfecho, comparadas às MSH [RP=2,36 (1,07-5,21); p=0,033]. Também foi observado que a escolaridade se associou independentemente ao baixo nível de conhecimento sobre IST/Aids: mulheres com 11 anos ou menos de estudo tiveram prevalência duas vezes e meia maior desse desfecho do que aquelas que tinham 12 ou mais anos de estudo [RP=2,64 (1,12-6,21); p=0,026] (Tabela 4).

Tabela 2. Proporção de respostas corretas sobre infecções sexualmente transmissíveis e aids (STD-KQ) de MSM e MSH (n=260). Botucatu, 2019-2020.

Questões (STD-KQ)	MSM	MSH	Total		P
	n (%)	n (%)	n	%	
1. Herpes Genital é causado pelo mesmo vírus do HIV	67 (82,7)	149 (83,2)	216	83,1	0,917
2. Infecções urinárias frequentes são causadas pela Clamídia	14 (17,3)	38 (21,2)	52	20,0	0,461
3. Existe cura para Gonorreia	62 (76,5)	135 (75,4)	197	75,8	0,845
4. É mais fácil pegar o HIV se uma pessoa também tiver outra DST	25 (30,9)	77 (43,0)	102	39,2	0,063
5. O HPV é causado pelo mesmo vírus que causa o HIV	62 (76,5)	151 (84,4)	213	81,9	0,129
6. Fazer sexo anal aumenta o risco de uma pessoa pegar Hepatite	23 (28,4)	70 (39,1)	93	35,8	0,095
7. Logo após pegar o HIV a pessoa desenvolve feridas abertas nos órgãos genitais (pênis ou na vagina)	59 (72,8)	142 (79,3)	201	77,3	0,247
8. Existe cura para Clamídia	54 (66,7)	133 (74,3)	187	71,9	0,205
9. Uma mulher com Herpes Genital pode passar a infecção para o bebê durante o parto	53 (65,4)	137 (76,5)	190	73,1	0,062
10. Uma mulher pode olhar para o seu corpo e dizer se tem Gonorreia	32 (39,5)	87 (48,6)	119	45,8	0,173
11. Um mesmo vírus causa todas as DST	74 (91,4)	170 (95,0)	244	93,8	0,261
12. O HPV pode causar verrugas genitais	69 (85,2)	158 (88,3)	227	87,3	0,489
13. O HPV pode levar ao câncer nas mulheres	66 (81,5)	166 (92,7)	232	89,2	0,007
14. Um homem só pega verrugas genitais fazendo sexo vaginal	68 (84,0)	149 (83,2)	217	83,5	0,886
15. As DST podem levar a problemas de saúde, que geralmente são mais graves nos homens que nas mulheres	63 (77,8)	149 (83,2)	212	81,5	0,293
16. Uma mulher pode dizer que tem Clamídia se um mau cheiro vier da sua vagina	37 (45,7)	102 (57,0)	139	53,5	0,091
17. Se uma pessoa tiver um teste positivo para HIV, esse teste pode dizer o quão doente uma pessoa irá ficar	65 (80,2)	156 (87,2)	221	85,0	0,149
18. Existe uma vacina disponível para prevenir uma pessoa de pegar Gonorreia	49 (60,5)	116 (64,8)	165	63,5	0,504
19. Uma mulher pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem uma DST	33 (40,7)	84 (46,9)	117	45,0	0,353
20. Uma pessoa com Herpes Genital deve ter feridas abertas para passar a infecção para sua parceria sexual	44 (54,3)	81 (45,3)	125	48,1	0,175
21. Existe uma vacina que previne uma pessoa de pegar Clamídia	46 (56,8)	117 (65,4)	163	62,7	0,186
22. Um homem pode dizer, pela forma como sente o seu corpo, se tem Hepatite B	51 (63,0)	132 (73,7)	183	70,4	0,078
23. Se uma pessoa teve Gonorreia no passado, ela é imune (protegida) e não pode pegar de novo	55 (67,9)	142 (79,3)	197	75,8	0,046
24. O HPV pode causar o HIV	69 (85,2)	148 (82,6)	217	83,5	0,615
25. Um homem pode evitar de pegar Verrugas Genitais lavando seus genitais após o sexo	53 (65,4)	142 (79,3)	195	75,0	0,017
26. Existe uma vacina que pode proteger uma pessoa de pegar Hepatite B	71 (87,7)	148 (82,7)	219	84,2	0,308
27. Mesmo que sua parceria não tenha nenhuma lesão no pênis, ânus ou vagina, ele(a) pode passar sífilis para você	64 (79,0)	165 (92,2)	229	88,1	0,002
28. A sífilis pode ficar escondida no corpo por anos	60 (74,1)	146 (81,6)	206	79,2	0,168

STD-KQ=Sexually Transmitted Diseases-Knowledge Questionnaire; MSM=mulheres que fazem sexo com mulheres ou com mulheres e homens; MSH=mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens.

Fonte: Autoras.

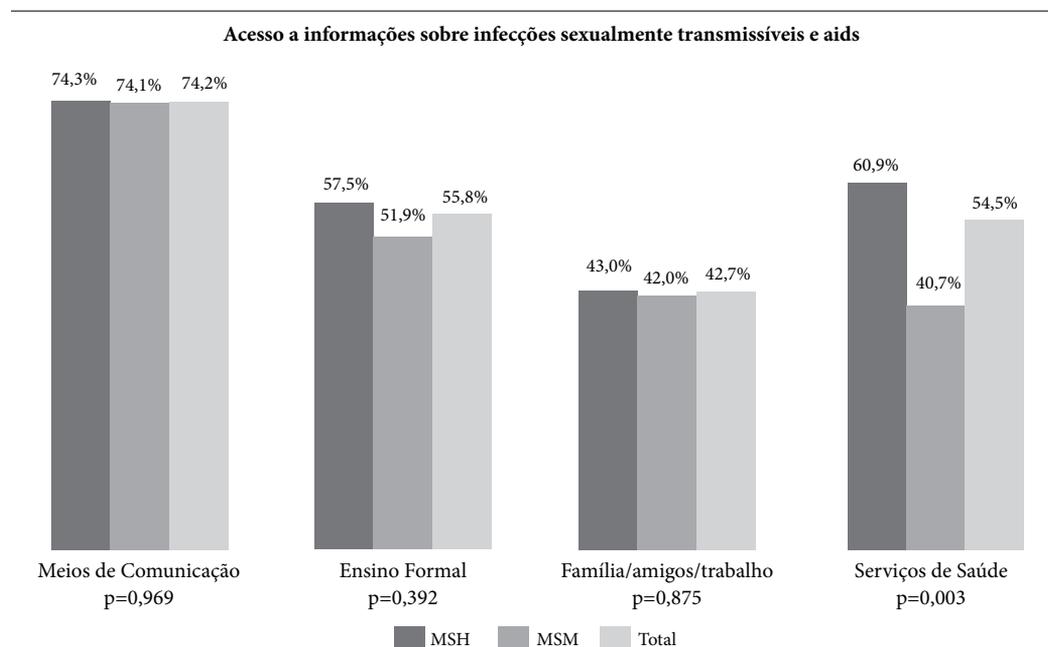


Figura 1. Fonte de informações sobre IST/Aids de MSM e MSH. Botucatu, 2019-2020.

Fonte: Autoras.

Tabela 3. Associações bivariadas para explicar a prevalência de baixo conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e aids de MSM e MSH (n=260). Botucatu, 2019-2020.

Variáveis	RP	IC95%	P
Idade			
18-21		1,0	0,269
22-29	1,84	(0,62-5,48)	0,271
≥30	1,00	(0,30-3,32)	1,000
Cor da pele			
Branca		1,0	
Não branca	1,79	(0,83-3,86)	0,135
Escolaridade			
≤11 anos	3,92	(1,85-8,31)	<0,001
≥12 anos		1,0	
Estado conjugal			
Unidas		1,0	
Não unidas	1,08	(0,46-2,54)	0,853
Religião			
Sim		1,0	
Não	0,61	(0,26-1,43)	0,257
Atividade remunerada			
Sim		1,0	
Não	0,76	(0,34-1,66)	0,486
Renda familiar per capita	1,00	(1,00-1,00)	0,148
Uso de tabaco			
Sim	0,71	(0,31-1,60)	0,405
Não		1,0	

continua

Tabela 3. Associações bivariadas para explicar a prevalência de baixo conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e aids de MSM e MSH (n=260). Botucatu, 2019-2020.

Variáveis	RP	IC95%	P
Uso de drogas ilícitas*			
Sim	0,55	(0,25-1,25)	0,154
Não		1,0	
Uso abusivo de álcool†			
Sim	1,46	(0,71-3,03)	0,308
Não		1,0	
Transtorno Mental Comum			
Sim	0,84	(0,37-1,90)	0,679
Não		1,0	
Uso de contraceptivo hormonal			
Sim	0,53	(0,22-1,23)	0,139
Não		1,0	
Parcerias sexuais últimos 3 meses			
0		1,0	0,561
1	3,00	(0,40-22,30)	0,283
≥2	2,92	(0,36-23,71)	0,317
Uso de acessórios sexuais			
Sim	1,00	(0,38-2,61)	0,992
Não		1,0	
Consulta ginecológica últimos 12 meses			
Sim		1,0	
Não	1,41	(0,68-2,93)	0,356
Retirou dúvidas sobre IST/Aids no SS			
Sim		1,0	
Não	6,24	(2,38-16,37)	0,000
Recebeu informações sobre IST/Aids no SS			
Sim		1,0	
Não	5,78	(2,20-15,14)	0,000
Retirou camisinha de graça no SS			
Sim		1,0	
Não	0,84	(0,39-1,82)	0,665
Retirou camisinha em outro local‡			
Sim		1,0	
Não	1,13	(0,34-3,73)	0,841
Conhece preservativo feminino			
Sim		1,0	
Não	2,29	(0,31-16,80)	0,417
Fonte informações sobre IST/Aids			
Ensino Formal	2,80	(1,28-6,15)	0,010
Meios de comunicação	1,76	(0,83-3,73)	0,139
Família/Amigos/Trabalho	1,66	(0,75-3,64)	0,209
Parceria Sexual			
MSM	2,37	(1,14-4,91)	0,020
MSH		1,0	

MSM=mulheres que fazem sexo com mulheres ou com mulheres e homens; MSH=mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; IST=infecções sexualmente transmissíveis; SS=serviços de saúde. *Maconha, cocaína, outras drogas; †AUDIT≥8; ‡Festas, universidades, congressos.

Fonte: Autoras.

Tabela 4. Regressão múltipla de Cox da associação entre prática sexual e baixo conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis e Aids (n=260). Botucatu, 2019-2020.

Variáveis	RP (IC95%)	p
Cor da pele		
Branças	1,0	
Não brancas	1,30 (0,58-2,92)	0,516
Escolaridade		
≤11 anos	2,64 (1,12-6,21)	0,026
≥12 anos	1,0	
Renda familiar <i>per capita</i>	1,00 (1,00-1,00)	0,618
Uso drogas ilícitas*	0,64 (0,26-1,56)	0,333
Uso de contraceptivo hormonal	0,76 (0,30-1,89)	0,564
Fonte informações sobre IST/Aids		
Ensino Formal	1,93 (0,82-4,52)	0,131
Meios de comunicação	1,18 (0,53-2,59)	0,679
Parceria Sexual		
MSM	2,36 (1,07-5,21)	0,033
MSH	1,0	

MSM=mulheres que fazem sexo com mulheres ou com mulheres e homens; MSH=mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens; IST=infecções sexualmente transmissíveis. *Maconha, cocaína, outras drogas.

Fonte: Autoras.

Discussão

O presente estudo identificou associação independente entre o tipo de parceria sexual e baixo nível de conhecimento sobre IST/Aids, com pior resultado entre MSM comparadas às MSH. O menor nível de escolaridade, menos que 11 anos de estudo, também se associou ao desfecho em análise. O estudo permitiu, ainda, identificar temáticas específicas sobre IST/Aids em que MSM apresentaram maiores lacunas de conhecimento e as principais fontes por onde obtém essas informações, sendo que estas tiveram menos informação nos serviços de saúde que as MSH.

A literatura aponta que somente ter conhecimento sobre IST/Aids pode não levar a efetivação de práticas preventivas, entretanto, *déficits* de conhecimento implicarão em aumento da vulnerabilidade a essas infecções^{13,18,25,26}, sendo demonstrado nessas pesquisas que a menor escolaridade pode repercutir no acesso e entendimento de informações e consequente exposição a situa-

ções de risco. Mesmo com uma amostra de mulheres com alto nível de escolaridade, a pesquisa demonstrou risco de quase 3 vezes dentre aquelas com menos de 11 anos de estudo, em apresentar baixo conhecimento sobre IST/Aids.

Menor nível de escolaridade associado ao baixo conhecimento a respeito de IST/Aids, também foi obtido em estudos nacionais²⁷⁻²⁹ e internacionais^{30,31} conduzidos na população geral, entre adolescentes e em população privada de liberdade. Observou-se neste estudo que mais que o dobro das MSM apresentaram baixo nível de conhecimento sobre essas infecções quando comparadas às MSH, sendo que fazer sexo com mulher associou-se independentemente com esse desfecho.

Em estudo recente realizado na África Austral¹⁷ com uma amostra de 591 MSM, 60,7% nunca tinham recebido informações sobre IST/Aids. Entre aquelas que tiveram acesso a essas informações, 70,6% receberam de organizações LGBT, 50,9% de panfletos e *flyers*, 39,9% de amigos, 31,6% de familiares e internet. Esses dados contrastam com os obtidos na presente investigação, onde os meios de comunicação, incluindo a internet, foram onde as MSM mais obtiveram informações sobre IST/Aids (74,1%), seguido do ensino formal (51,9%), da família/amigos/trabalho (42,0%) e dos profissionais de saúde (40,7%). Esses dados reforçam a importância de discussões sobre as questões de saúde sexual e reprodutiva da população LGBT, com especial foco para as MSM, desde a formação dos profissionais de saúde e nos serviços de saúde, com vistas à redução das iniquidades em saúde.

O STD-KQ¹⁹ é um questionário validado, utilizado em diversos países e em diferentes populações³²⁻³⁵, sendo esta a primeira investigação que o utiliza para verificar conhecimento de MSM, constituindo-se em oportunidade para que sejam realizadas futuras comparações entre investigações de temática semelhante. Estudos anteriores que utilizaram outros métodos de medida do conhecimento apontaram níveis insuficientes de conhecimento de MSM a respeito das IST/Aids^{12,15-17}, indo ao encontro com os achados da presente investigação.

Em contrapartida, estudo nacional que avaliou conhecimentos sobre HIV/Aids de MSM¹⁴, que utilizou inquérito avaliativo, apontou conhecimento regular das MSM acerca dessa infecção, no entanto, não foi garantido o uso de barreiras de proteção, o que também foi demonstrado em nosso estudo, onde 96,0% das MSM não faziam uso consistente do preservativo.

Neste estudo foi demonstrado algumas lacunas com relação ao conhecimento sobre as IST, principalmente sobre formas de contaminação e transmissão do HPV, Gonorreia e Sífilis. A importância do conhecimento acerca dessas infecções diz respeito as repercussões na saúde sexual e reprodutiva dessa população. Estudos apontam elevadas prevalências de IST, sobretudo em MSM^{21,36}. Assim, ressalta-se a importância de que informações, especialmente aquelas em que se observaram maiores lacunas sejam mais reforçadas nas práticas educativas dessas mulheres.

Destaca-se que na presente pesquisa a participação dos profissionais de saúde no fornecimento de informações sobre IST/Aids foi pequena, sendo menor a contribuição para as MSM na comparação com as MSH, mesma situação encontrada em estudo internacional¹⁷, o que pode ser justificado pelo despreparo e dificuldades dos mesmos em atender mulheres cuja prática sexual não segue o padrão heteronormativo^{21,37,38}.

Espera-se que os ambientes de saúde sejam espaço de acolhida e cuidado para todas as pessoas, que estas sejam reconhecidas em suas singularidades e pluralidades, estando livres de preconceitos e estigmas, porém, ainda hoje pode-se identificar a invisibilidade de pessoas com relacionamentos homoafetivos, estando os cuidados específicos a essa população marginalizados^{39,40}. Estudos demonstraram que a população LGBT apresenta menor acesso aos serviços de saúde^{40,41}, bem como grande parte dos profissionais de saúde não reconhecem as necessidades dessa população, perpetuando a errônea percepção de baixo risco de transmissão de IST/Aids entre a MSM⁴². Foi demonstrado em estudos anteriores que importante fator associado a vulnerabilidade às IST/Aids de MSM é a baixa percepção de risco contribuindo para a aquisição dessas infecções^{21,42}, onde relaciona-se que estas estão atreladas a relações sexuais com parcerias exclusivamente masculinas, corroborando estudos que apontaram que MSM realizam menos consultas ginecológicas, menos exames de rotina para rastreamento do câncer de colo do útero e menos exames sorológicos^{13,43-45}.

Os dados desta pesquisa apontam para a necessidade de que os serviços de saúde se utilizem mais dos recursos dos meios de comunicação em massa, assim como promovam maior aproximação entre os equipamentos formais de educação e espaços de trabalho para divulgação de informações claras e específicas sobre as IST/Aids para as MSM, considerando especialmente as lacunas

de conhecimento aqui apontadas. Ainda, reforça a necessidade de maior preparo dos profissionais para a educação em saúde de MSM e atuação multiprofissional, no sentido do planejamento das ações educativas voltadas a esse grupo, ressaltando-se o papel dos enfermeiros, dada sua formação destacada nesta área⁴⁶⁻⁴⁸.

O estudo ainda sugere a necessidade de investimento em educação em saúde às MSM, considerando especialmente estratégias de inclusão e discussões sobre essa temática nas mídias digitais e como conteúdo de disciplinas do ensino formal, bem como nas grades curriculares dos cursos voltados à saúde, estando a educação permanente de profissionais da saúde também voltadas para questões de saúde das MSM, por tratar-se das fontes de informações sobre IST/Aids menos reportadas por este grupo.

Constituiu-se como fragilidades do estudo o fato de ter sido desenvolvido em nível regional, sem possibilidade de realizar grupos de comparação entre as mulheres que fazem sexo exclusivamente com mulheres das que fazem sexo com mulheres e com homens, devido à dificuldade de acessar uma amostra representativa, bem como, por serem maioria de raça branca e com alto nível de escolaridade. Entretanto, a relevância da pesquisa, decorre do fato de abordar um grupo populacional considerado de difícil acesso, da escassez de estudos relacionados à temática e o ineditismo decorrente da utilização de instrumento com alta confiabilidade, trazendo potencial de atenuar a lacuna do conhecimento nesta área, com vistas a subsidiar ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva desse grupo populacional.

Conclusão

As MSM investigadas no presente estudo apresentaram baixo conhecimento sobre IST/Aids comparadas às MSH e ter menor escolaridade associou-se independentemente a esse desfecho.

Sugere-se necessidade emergente de que as políticas públicas voltadas às MSM sejam efetivadas, bem como a necessidade de investimento em educação em saúde desse grupo, considerando especialmente estratégias voltadas aos meios de comunicação de massa, ao ensino formal, às oportunidades nos serviços de saúde e maior discussão desta temática nos cursos de graduação da área da saúde e educação permanente dos profissionais, a fim da concretização da práxis.

Colaboradores

ABH Parenti: concepção, planejamento/delineamento, coleta e interpretação dos dados, redação do artigo e revisão, aprovação da versão final e formatação. MAO Ignácio: coleta e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. TS Buesso: coleta dos dados e aprovação da versão final do manuscrito. MAS Almeida: concepção, interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. CMGL Parada: interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. MTC Duarte: concepção, planejamento/delineamento, interpretação dos dados, redação do artigo e revisão, aprovação da versão final.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

O presente projeto de pesquisa recebeu suporte financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP sob o número do Processo 2018/19649-0.

Referências

1. D'Oliveira AFPL. Saúde e Educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface (Botucatu)* 1999; 3(4):105-122.
2. Costa AM. Social participation in the achievement of health policies to women in Brazil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4):1073-1083.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora MS; 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa B. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais*. Brasília: MS; 2012.
5. Roges A, Vasconcelos E, Araújo EC. Needs in the health sector related to the LGBT population (lesbians, gays, bisexuals and transvestites). *J Nurs UFPE online* 2015; 9(6):1-4.
6. Marques AM, Oliveira JM, Nogueira C. A população lésbica em estudos da saúde: Contributos para uma reflexão crítica. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):2037-2047.
7. Gahagan J, Subirana-Malaret M. Improving pathways to primary health care among LGBTQ populations and health care providers: Key findings from Nova Scotia, Canada. *Int J Equity Health* 2018; 17(1):76.
8. Koh CS, Kang M, Usherwood T. "I demand to be treated as the person i am": Experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. *Sex Health* 2014; 11(3):258-264.
9. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* 2011;21(4):1451-1467.
10. Facchini R, Barbosa RM. *Saúde das mulheres lésbicas - Promoção da Equidade e da Integralidade: Dossiê*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006;
11. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Supl. 2):S291-S300.
12. Bertolin DC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Silva DC, Prado DDO, Parro ES. Conhecimento de mulheres que fazem sexo com mulheres sobre o papilomavírus humano. *Cogitare Enferm* 2010; 15(4):730-735.
13. Rufino AC, Madeiro A, Trinidad A, Santos R, Freitas I. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiol Serv Saude Rev Sist Unico Saude Bras* 2018; 27(4):e2017499.
14. Oliveira ADS, Nery IS. Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/AIDS. *Rev Enferm UFPI* 2016; 5(3):10-17.
15. Marrazzo JM, Coffey P, Bingham A. Sexual Practices, Risk Perception and Knowledge of Sexually Transmitted Disease Risk Among Lesbian and Bisexual Women. *Perspect Sex Reprod Health* 2005; 37(1):6-12.
16. Kowalczyk R, Nowosielski K. Impact of social factors and sexual behaviors on the knowledge of sexually transmitted infections among women who have sex with women/women who have sex with women and men. *Int J STD AIDS* 2019; 30(2):163-172.

17. Paschen-Wolff MM, Reddy V, Matebeni Z, Southey-Swartz I, Sandfort T. HIV and sexually transmitted infection knowledge among women who have sex with women in four Southern African countries. *Cult Heal Sex* 2020; 22(6):705-721.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira*. Brasília: MS; 2006.
19. Jaworski BC, Carey MP. Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS Behav* 2007; 11(4):557-574.
20. Teixeira LO, Figueiredo VLM, Mendoza-Sassi RA. Adaptação transcultural do Questionário sobre Conhecimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis para o Português Brasileiro. *J Bras Psiquiatr* 2015; 64(3):247-256.
21. Andrade J, Ignácio MAO, Freitas APF, Parada CMGL, Duarte MTC. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. *Cien Saude Colet* 2020; 25(10):3809-3819.
22. Ignácio MAO, Andrade J, Freitas APF, Pinto GVS, Silva MG, Duarte MTC. Prevalência de vaginose bacteriana e fatores associados em mulheres que fazem sexo com mulheres. *Rev Lat-Am Enferm* 2019; 26:e3077.
23. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care*. Geneva: WHO; 2001.
24. Harding TW, Climent CE, De Arango MV, Baltazar J, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, Murthy RS, Wig NN. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10(2):231-241.
25. Aragão JS, França ISX, Coura AS, Medeiros CCM, Enders BC. Vulnerability associated with sexually transmitted infections in physically disabled people. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3143-3152.
26. Carey C, O'Donnell K, Davoren M, Quinlan M, Igoe D, Barrett P. Factors associated with lower knowledge of HIV and STI transmission, testing and treatment among MSM in Ireland: Findings from the MSM Internet Survey Ireland (MISI) 2015. *Sex Transm Infect* 2021; 97(5):351-356.
27. Miranda AE, Ribeiro D, Rezende EF, Pereira GFM, Pinto VM, Saraceni V. Associação de conhecimento sobre DST e grau de escolaridade entre conscritos em alistamento ao Exército Brasileiro, Brasil, 2007. *Cien Saude Colet* 2013; 18(2):489-497.
28. Carvalho FF, Takeda E, Chagas EFB, Pinheiro OL. Knowledge of the prison population about sexually transmitted infections. *Rev Gauch Enferm* 2020; 41:e20190268.
29. Rodrigues VCC, Lopes GF, Silveira GEL, Sousa IB, Sena MM, Lopes TSS, Aquino PS. Fatores associados ao conhecimento e atitude de adolescentes quanto ao uso de preservativo masculino. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(Supl. 4):e20190452.
30. Keizur EM, Bristow CC, Baik Y, Klausner JD. Knowledge and testing preferences for Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis infections among female undergraduate students. *J Am Coll Heal* 2020; 68(7):754-761.
31. Yaya S, Bishwajit G, Danhouno G, Shah V, Ekholuenetale M. Trends and determinants of HIV/AIDS knowledge among women in Bangladesh. *BMC Public Health* 2016; 16(1):812.
32. Pereira H. Sexually Transmitted Diseases: Knowledge and Perceived Prevalence of Symptoms in University Students. *Int STD Res Rev* 2014; 2(1):1-11.
33. Logie CH, Daniel C, Newman PA, Weaver J, Loutfy MR. Psycho-educational HIV/STI prevention intervention for internally displaced women in leogane, haiti: Results from a non-randomized cohort pilot study. *PLoS One* 2014; 9(2):e89836.
34. Saad A, Rampal L, Sabitu K, AbdulRahman H, Awaisu A, AbuSamah B, Ibrahim A. Impact of a customized peer-facilitators training program related to sexual health intervention. *Int Health* 2012; 4(4):277-282.
35. Pourmarzi D, Sharami S. Midwives' educational needs and knowledge about sexually transmittable infections in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Heal J* 2017; 23(9):611-618.
36. Pinto VM, Tancredi MV, Tancredi Neto A, Buchalla CM. Sexually transmitted disease/HIV risk behaviour among women who have sex with women. *AIDS* 2005; 19(Supl. 4):S64-S69.
37. Cardoso HM, Moretti-Pires RO, Campos DA. Gênero, sexualidade e saúde: mapeamento das exclusões de pessoas LGBT em situação de rua frente nos serviços de saúde no município de Florianópolis, SC. *Brazilian J Dev* 2020; 6(8):54255-54266.
38. Hafeez H, Zeshan M, Tahir MA, Jahan N, Naveed S. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. *Cureus* 2017; 9(4):e1184.
39. Paulino DB, Rasera EF, Teixeira FDB. Discourses on the healthcare of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) people adopted by doctors working in brazil's family health strategy. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e180279.
40. Santos AR, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. *Rev Bioet* 2015; 23(2):400-408.
41. Alencar AG, Lima GC, Silva QG, Alves MJH, Belém JM, Santos FFW, Paiva LS, Nascimento VB, Maciel ÉS, Valenti VE, Abreu LC, Adami F. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights* 2016; 16:2.
42. Muzny CA, Sunesara IR, Martin DH, Mena LA. Sexually transmitted infections and risk behaviors among African American women who have sex with women: Does sex with men make a difference? *Sex Transm Dis* 2011; 38(12):1118-1125.

43. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2016; 25(23-24):3643-3651.
44. Ramos LG, Medeiros BM. Saúde sexual de mulheres que fazem sexo com mulheres: Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. *Rev Context Saude* 2021; 21(43):214-224.
45. Rodrigues JL, Falcão MTC. Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saude Soc* 2021; 30(1):e181062.
46. Rosa DF, Carvalho MVF, Pereira NR, Rocha NT, Neves VR, Rosa AS. Nursing Care for the transgender population: genders from the perspective of professional practice. *Rev Bras Enferm* 2019; 72(Supl. 1):299-306.
47. Nietzsche EA, Tassinari TT, Ramos TK, Beltrame G, Salbego C, Cassenote LG. Nursing training for care to the homosexual and bisexual population: Students' perception. *Rev Baiana Enferm* 2018; 32:e25174.
48. Kawata LS, Mishima SM, Chirelli MQ, Pereira MJ, Matumoto S, Fortuna CM. Attributes mobilized by nurses in Family Health: Reaching performances when developing managerial competence. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(2):349-355.

Artigo apresentado em 01/04/2022

Aprovado em 12/08/2022

Versão final apresentada em 14/08/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

