Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-graduação em Psicologia Social
Núcleo de Pesquisas em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde
Doutorado

Michael Augusto Souza de Lima

CRENÇAS, ATITUDES E PRECONCEITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À VULNERABILIDADE EM SAÚDE SEXUAL DE LÉSBICAS

João Pessoa - PB
2020

CRENÇAS, ATITUDES E PRECONCEITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À VULNERABILIDADE EM SAÚDE SEXUAL DE LÉSBICAS

Michael Augusto Souza de Lima

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Ana Alayde Werba Saldanha

João Pessoa - PB

2020

Catalogação na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

L732c Lima, Michael Augusto Souza de.
Crenças, Atitudes e Preconceito de Profissionais de Saúde Frente à Vulnerabilidade em Saúde Sexual de Lésbicas / Michael Augusto Souza de Lima. - João Pessoa, 2020.
220 f.

Orientação: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.
Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA.

1. Lésbicas. 2. Vulnerabilidade. 3. Profissionais de Saúde. I. Pichelli, Ana Alayde Werba Saldanha. II. Título.

UFPB/CCHLA

Universidade Federal da Paraíba

Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

Programa de Pós-graduação em Psicologia Social

Núcleo de Pesquisas em Vulnerabilidades e Promoção da Saúde

Doutorado

Autor: Michael Augusto Souza de Lima

CRENÇAS, ATITUDES E PRECONCEITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À VULNERABILIDADE EM SAÚDE SEXUAL DE LÉSBICAS

Aprovado em: 03/04/2020

Banca Avaliadora:

Prof.a Dr. a Ana Alayde Werba Saldanha
Universidade Federal da Paraíba – Orientadora e Presidente da Banca

Prof. a Dr. a Maria de Fátima Pereira Alberto
Universidade Federal da Paraíba – Avaliadora Interna ao Programa

Prof. a Dr. a Manuella Castelo Branco Pessoa
Universidade Federal da Paraíba – Avaliadora Externa ao Programa

Prof. a Dr. a Íria Raquel Borges Wiese
Universidade Federal da Paraíba – Avaliadora Externa ao Programa

Prof. a Dr. a Elis Amanda Atanázio Silva
UNINASSAU – Avaliadora Externa à Instituição

João Pessoa - PB

2020

Dedicada a todas as pessoas que lutam
por uma sociedade menos intolerante.

Agradecimentos

Agradeço pela vida e a coragem, e ao UNIVERSO pela oportunidade que me foi dada de chegar até aqui.

Agradeço a minha mãe, ROSANGELA SOUZA, por ter sonhado esse sonho comigo. Todo o fruto do seu esforço diante de tantas dificuldades que passou para me dar a oportunidade de estudar, se materializou em mais essa conquista. Sou eternamente grato por tudo e o que eu puder fazer para tornar sua vida melhor, eu farei, sempre.

Agradeço a CLÓVIS PEREIRA (Nuno), meu companheiro, por ter entrado na minha vida e permanecer nela, ano após ano, sempre me apoiando, nos momentos bons e ruins. Obrigado por deixar eu fazer parte da sua vida, e por tornar a minha tão completa.

Agradeço a minha querida orientadora Prof[a.] Dr[a.] ANA ALAYDE, um exemplo de mulher, de professora e de amiga. Obrigado por ter acreditado e confiado no meu trabalho, ainda sem nem me conhecer, lá em 2011, ao me dar a oportunidade de fazer parte da família NPVPS. Foram 9 anos de muito aprendizado, muitos risos e muito afeto.

Agradeço a todos os meus amigos do NÚCLEO DE PESQUISAS EM VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE, por fazerem parte dessa jornada de aprendizagem. Um agradecimento especial para as amigas do grupo "Doutorado da Depressão", por ouvirem minhas angústias e compartilharem as suas.

Agradeço aos membros da banca por dedicarem tempo para ler meu trabalho, e por todas contribuições. Tenham certeza que serão de grande relevância para o aperfeiçoamento do meu trabalho.

Agradeço a todos os MESTRES que tive até aqui, especialmente meus professores de Psicologia que doaram um pouco de seus conhecimentos para que eu pudesse hoje dar meus primeiros passos rumo a atuação profissional. Minha eterna gratidão.

A PETIT, KIKO, BIDÚ, MAG, ODIN e LOKI, meus amores de quatro patas, por tornarem minha vida mais feliz e me fazerem conhecer o lado mais puro do amor.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo financiamento dessa pesquisa através da concessão mensal de bolsa de Doutorado.[1]

[1] O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Padrões só existem para a gente quebrar.

CRENÇAS, ATITUDES E PRECONCEITO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À VULNERABILIDADE EM SAÚDE SEXUAL DE LÉSBICAS

RESUMO: O objetivo geral desta tese foi analisar as crenças, as atitudes e o preconceito de profissionais de saúde, frente à vulnerabilidade em saúde sexual de mulheres cis lésbicas, e a existência de campanhas para promoção da saúde sexual dessas mulheres. Para tanto, parte-se da tese de que existem elementos de cunho individual, como crenças e atitudes de profissionais de saúde; social, como o preconceito e a discriminação; e programático, como a insuficiência e ineficácia das atuais campanhas de saúde, que associados podem refletir no atendimento prestado por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas. Para confirmar esta tese a presente pesquisa foi dividida em quatro capítulos, que correspondem cada, a um estudo. **Capítulo I:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com design qualitativo, que permitiu identificar e analisar as crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais de lésbicas. A amostra foi estratificada por conveniência, assim fazem parte do estudo 31 (trinta e um) participantes de ambos os sexos. Para a coleta dos dados utilizou-se de um questionário sociodemográfico e da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Para a análise dos dados utilizou-se os softwares SPSS (estatística descritiva) e IRaMuTeQ (análise de similitude e prototípica). A maioria das palavras evocadas pelos participantes apontaram a possibilidade de existência de crenças positivas sobre as mulheres lésbicas. Contudo, também emergiram evocações que apontaram crenças de desaprovação do comportamento homossexual feminino, considerando esta prática como algo errada, incomum e desviante. Alguns participantes atribuíram a vulnerabilidade sexual de lésbicas à perversão, traição e até mesmo como resultado de castigo divino. **Capítulo II:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com design qualitativo, que permitiu a investigação e análise das atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais de lésbicas. A amostra foi estratificada por conveniência, assim fazem parte do estudo 31 (trinta e um) participantes de ambos os sexos. Para a coleta dos dados utilizou-se de dois questionários, um sociodemográfico e um questionário de atitudes composto por cinco questões. Para a análise dos dados utilizou-se os softwares SPSS (estatística descritiva) e a técnica de Análise de Conteúdo Categorial Temática. Os resultados indicaram a existência de uma dicotomia de atitudes, sendo essas favoráveis e desfavoráveis. Foi possível perceber a influência das atitudes nos atendimentos prestados, visto que, estas fazem parte constituição da percepção que os profissionais possuem acerca da figura da usuária lésbica, e tudo que está associado a ela, como suas demandas, especificidades, formas de prevenção às IST's e promoção da saúde. **Capítulo III:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com design qualitativo, que permitiu a investigação e análise dos posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde. A amostra foi composta pelos mesmos participantes do Estudo II. Para a coleta dos dados utilizou-se de dois questionários, um sociodemográfico e a técnica do *Priming*, sucedida por um questionário composto por cinco questões relacionadas ao enredo apresentado. Para a análise dos dados utilizou-se os softwares SPSS (estatística descritiva) e a técnica de Análise de Conteúdo Categorial Temática. Os resultados indicaram a existência de uma dicotomia que dividiram os posicionamentos em dois grupos opostos: desfavoráveis e favoráveis à conduta do

personagem do médico que negou atendimento médico à personagem por essa ser lésbica. **Capítulo IV:** Tratou-se de um estudo exploratório, transversal e documental realizado com materiais de domínio público disponíveis na internet com o intuito realizar a análise documental de materiais oriundos de campanhas realizadas pelo e/ou em parceria com o governo, elaboradas no Brasil, voltadas para profissionais de saúde e/ou usuárias, para a promoção da saúde sexual de lésbicas. Para localização dos sites foram utilizadas palavras-chave relacionadas ao tema. Tomou-se como referência para delimitação dos documentos a faixa temporal que vai do ano de 2004 até 2019. Localizou-se um total de 7 documentos. Os resultados apontaram que parte dos materiais localizados apresentam orientações superficiais e pouco detalhadas, além de informação imprecisas sobre as necessidades específicas das lésbicas. Deficiências na forma como estes materiais são disponibilizados para os profissionais e/ou para população lésbica também foram percebidas. Considerou-se que os estudos realizados sustentaram a tese proposta, de que elementos que compõem as três dimensões do conceito de vulnerabilidade em saúde, podem realmente refletir, em diferentes graus e circunstâncias, nos atendimentos prestados por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas.

Palavras-chave: Lésbicas; Vulnerabilidade; Profissionais de Saúde; Saúde Sexual.

BELIEFS, ATTITUDES AND PREJUDICE OF HEALTH PROFESSIONALS IN RELATION TO VULNERABILITY IN SEXUAL HEALTH OF LESBIANS

ABSTRACT: The general objective of this thesis was to analyze the beliefs, attitudes and prejudice of health professionals, facing the vulnerability in sexual health of lesbian cis women, and the existence of campaigns to promote the sexual health of these women. Therefore, it starts from the thesis that there are elements of an individual nature, such as beliefs and attitudes of health professionals; social, such as prejudice and discrimination; and programmatic, such as the insufficiency and ineffectiveness of the current health campaigns, which associates may reflect in the care provided by health professionals in the sexual health care of lesbians. To confirm this thesis, the present research was divided into four chapters, each corresponding to a study. **Chapter I:** It was an exploratory and descriptive study, with qualitative design, which allowed to identify and analyze the beliefs of doctors, nurses, nursing technicians and health agents who work in Nursing Units. Family Health about the affection-sexual practices of lesbians. The sample was stratified by convenience, so 31 (thirty-one) participants of both genders are part of the study. For data collection, a sociodemographic questionnaire and the Free Word Association Technique (TALP) were used. For data analysis, the software SPSS (descriptive statistics) and IRaMuTeQ (similarity and prototypical analysis) were used. Most of the words evoked by the participants pointed to the possibility of positive beliefs about lesbian women. However, evocations also emerged that pointed out disapproving beliefs about female homosexual behavior, considering this practice as something wrong, unusual and deviant. Some participants attributed the sexual vulnerability of lesbians to perversion, betrayal and even as a result of divine punishment. **Chapter II:** It was an exploratory and descriptive study, with qualitative design, which allowed the investigation and analysis of the attitudes of doctors, nurses, nursing technicians and health agents who work in Units of Family Health about the affection-sexual practices of lesbians. The sample was stratified by convenience, so 31 (thirty-one) participants of both genders are part of the study. For data collection, two questionnaires were used, a sociodemographic and an attitudes questionnaire composed of five questions. For data analysis, the software SPSS (descriptive statistics) and the Thematic-Categorical Content Analysis technique were used. The results indicated the existence of a dichotomy of attitudes, which were favorable and unfavorable. It was possible to perceive the influence of attitudes on the services provided, since they are part of the perception that professionals have about the figure of the lesbian user, and everything associated with it, such as their demands, specificities, ways of preventing STIs. and health promotion. **Chapter III:** It was an exploratory and descriptive study, with qualitative design, which allowed the investigation and analysis of the positions of doctors, nurses, nursing technicians and health agents who work in Health Units of the Family on the existence of prejudice and discrimination against lesbian users in health services. The sample was composed of the least participants in Study II. 196/5000 For data collection, two questionnaires were used, a sociodemographic one and the Priming technique, preceded by a questionnaire composed of five questions related to the plot presented. For data analysis, the software SPSS (descriptive statistics) and the Thematic Categorical Content Analysis technique were used. The results indicated the existence of a dichotomy that divided the positions into two opposing groups: unfavorable and favorable to the conduct of the character of the doctor who denied medical care to the character for being a lesbian. **Chapter IV:** This was an exploratory, cross-sectional and documentary study carried out with materials in the public domain available on the Internet in order to carry out documentary analysis of materials from campaigns carried out by and / or in partnership with

the government, prepared in Brazil, aimed at health professionals and / or users, to promote the sexual health of lesbians. Keywords related to the theme were used to locate the sites. The time range from 2004 to 2019 was used as a reference for the delimitation of documents. A total of 7 documents were found. The results showed that part of the materials located have superficial and little detailed guidelines, in addition to inaccurate information about the specific needs of lesbians. Deficiencies in the way these materials are made available to professionals and / or to the lesbian population were also noticed. It was considered that the studies carried out supported the proposed thesis, that elements that make up the three dimensions of the concept of health vulnerability, can really reflect, in different degrees and circumstances, in the care provided by health professionals in sexual health care of lesbians.

Keywords: Lesbians; Vulnerability; Health Professionals; Sexual Health.

CREENCIAS, ACTITUDES Y PREJUICIOS DE PROFESIONALES DE LA SALUD FRENTE A LA VULNERABILIDAD EN LA SALUD SEXUAL DE LOS LESBIANOS

RESUMEN: El objetivo general de esta tesis fue analizar las creencias, actitudes y prejuicios de los profesionales de la salud, en vista de la vulnerabilidad en la salud sexual de las mujeres cis lesbianas, y la existencia de campañas para promover la salud sexual de estas mujeres. Por lo tanto, parte de la tesis de que hay elementos de naturaleza individual, como las creencias y actitudes de los profesionales de la salud; social, como los prejuicios y la discriminación; y programático, como la insuficiencia e ineficacia de las campañas de salud actuales, que los asociados pueden reflejar en la atención brindada por profesionales de la salud en el cuidado de la salud sexual para las lesbianas. Para confirmar esta tesis, la presente investigación se dividió en cuatro capítulos, cada uno correspondiente a un estudio. **Capítulo I:** Fue un estudio exploratorio y descriptivo, con diseño cualitativo, que permitió identificar y analizar las creencias de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en Unidades de Enfermería. Salud familiar sobre las prácticas afectivas-sexuales de las lesbianas. La muestra se estratificó por conveniencia, por lo que 31 (treinta y un) participantes de ambos sexos son parte del estudio. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la técnica de asociación de palabras libres (TALP). Para el análisis de datos, se utilizaron el software SPSS (estadística descriptiva) e IRaMuTeQ (similitud y análisis prototípico). La mayoría de las palabras evocadas por los participantes señalaron la posibilidad de creencias positivas sobre las mujeres lesbianas. Sin embargo, también surgieron evocaciones que señalaron creencias de desaprobación sobre el comportamiento homosexual femenino, considerando esta práctica como algo incorrecto, inusual y desviado. Algunas participantes atribuyeron la vulnerabilidad sexual de las lesbianas a la perversión, la traición e incluso como resultado del castigo divino. **Capítulo II:** Fue un estudio exploratorio y descriptivo, con diseño cualitativo, que permitió la investigación y análisis de las actitudes de los médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en las Unidades. de Family Health sobre las prácticas afectivas y sexuales de las lesbianas. La muestra se estratificó por conveniencia, por lo que 31 (treinta y un) participantes de ambos sexos son parte del estudio. Para la recolección de datos, se utilizaron dos cuestionarios, un cuestionario sociodemográfico y otro de actitudes compuesto por cinco preguntas. Para el análisis de datos, se utilizaron el software SPSS (estadística descriptiva) y la técnica de análisis de contenido temático-categórico. Los resultados indicaron la existencia de una dicotomía de actitudes, que fueron favorables y desfavorables. Fue posible percibir la influencia de las actitudes en los servicios prestados, ya que son parte de la percepción que los profesionales tienen sobre la figura de la usuaria lesbiana y todo lo relacionado con ella, como sus demandas, especificidades y formas de prevenir las ITS. y promoción de la salud. **Capítulo III:** Fue un estudio exploratorio y descriptivo, con diseño cualitativo, que permitió la investigación y análisis de las posiciones de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en las Unidades de Salud del Familia sobre la existencia de prejuicios y discriminación contra las lesbianas usuarias en los servicios de salud. La muestra estaba compuesta por los menos participantes en el Estudio II. Para la recolección de datos, se utilizaron dos cuestionarios, uno sociodemográfico y la técnica de cebado, precedidos por un cuestionario compuesto por cinco preguntas relacionadas con la trama presentada. Para el análisis de datos, se utilizó el software SPSS (estadística descriptiva) y la técnica de análisis de contenido categórico temático. Los resultados indicaron

la existencia de una dicotomía que dividió las posiciones en dos grupos opuestos: desfavorable y favorable a la conducta del personaje del médico que negó la atención médica del personaje porque es lesbiana. **Capítulo IV:** Este fue un estudio exploratorio, transversal y documental realizado con materiales de dominio público disponibles en Internet con el fin de llevar a cabo un análisis documental de materiales de campañas realizadas por y/o en asociación con el gobierno, preparado en Brasil, dirigido a profesionales de la salud y/o usuarios, para promover la salud sexual de las lesbianas. Las palabras clave relacionadas con el tema se utilizaron para ubicar los sitios. El rango de tiempo de 2004 a 2019 se utilizó como referencia para la delimitación de documentos. Se encontraron un total de 7 documentos. Los resultados mostraron que parte de los materiales localizados tienen pautas superficiales y poco detalladas, además de información inexacta sobre las necesidades específicas de las lesbianas. También se notaron deficiencias en la forma en que estos materiales se ponen a disposición de los profesionales y/o de la población lesbiana. Se consideró que los estudios realizados respaldaron la tesis propuesta, que los elementos que conforman las tres dimensiones del concepto de vulnerabilidad de la salud, realmente pueden reflejar, en diferentes grados y circunstancias, en la atención brindada por los profesionales de la salud en la atención de la salud sexual lesbianas.

Palabras Clave: Lesbianas; Vulnerabilidad; Profesionales de la Salud; Salud Sexual.

Listra de Figuras

Figura 1. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 1 – Lésbicas. 41
Figura 2. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 1 – Lésbicas. 44
Figura 3. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas. 47
Figura 4. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas. 49
Figura 5. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas. 51
Figura 6. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas. 55
Figura 7. Análise de similitude do estímulo indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas. 58
Figura 8. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas. 60
Figura 9. Modelo Multicomponente da Atitude. (Adaptado de Maio & Haddcok, 2010). 78
Figura 10. Página 183 do "Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva". 169
Figura 11. Páginas 14 e 15 livreto "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais".....171
Figura 12. Páginas 14 e 15 livreto "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais".....173
Figura 13. Verso do Folder da Campanha "Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil". 173
Figura 14. Capa do "Manual Orientador sobre Diversidade".....175
Figura 15. Sumário do "Manual Orientador sobre Diversidade".....175
Figura 16. Página 30 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Página 30 do "Manual Orientador sobre Diversidade".....176
Figura 17. Página 34 e 35 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Serviços do Processo Transexualizador com Atendimento apenas Ambulatorial.....177
Figura 18. Página 26 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Curso online sobre a Política de Saúde LGBT. 178
Figura 19. Página 28 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".....179
Figura 20. Página 29 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".....180
Figura 21. Página 30 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".....181
Figura 22. Capa e Índice do "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais". 183
Figura 23. Páginas 3 e 4 da Cartilha "Prazer sem Medo" (5ª edição). 185

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões da Vulnerabilidade em Saúde 24
Tabela 2 - Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários..... 37
Tabela 3 - Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários..... 80
Tabela 4 - Análise Categorial Temática das Atitudes 83
Tabela 5 - Análise Categorial Temática do Priming 127
Tabela 6 - Ano, Título e Objetivos dos Documentos 166
Tabela 7 - Categorização dos Documentos.....167

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS – Agente de Saúde da Família

Aids – Acquired Immunodeficiency Syndrome

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

Cis – Cisgênero

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DST's – Doenças Sexualmente Transmissíveis

GLTB – Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais

HIV – Human Immunodeficiency Virus

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, Travestis, Transexuais e Transgêneros

LGBTQ+ – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer e outros

ONG's – Organizações Não-governamentais

PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

STF – Supremo Tribunal Federal

Trans – Transsexual

USF – Unidade de Saúde da Família

Sumário

INTRODUÇÃO *19*

CAPÍTULO I *28*

CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS PRÁTICAS AFETIVO-SEXUAIS DE LÉSBICAS *29*

1. Introdução *32*

1.1. O Estudo das Crenças **34**

2. Objetivo Geral *36*

3. Método *36*

3.1. Tipo de Estudo **36**

3.2. Lócus **36**

3.3. Amostra e Participantes **37**

3.4. Instrumentos **38**

3.4.1. Questionário Sociodemográfico **38**

3.4.2. Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) **38**

3.5. Procedimento para Coleta dos Dados **39**

3.6. Análise do Dados **40**

4. Resultados e Discussão *40*

4.1. Aspectos Sóciodemográficos **40**

4.2. Estímulo Indutor 1 - Lésbicas **40**

4.3 Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas **46**

4.4 Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas **50**

4.5 Estímulo Indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas **58**

5. Considerações Finais *62*

Referências *64*

CAPÍTULO II *69*

ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO OFERECIDO A LÉSBICAS *70*

1. Introdução *73*

1.1 O Estudo das Atitudes **76**

2. Objetivo Geral *79*

3. Método *79*

3.1 Tipo de Estudo **79**

3.2 Lócus da Pesquisa 79
3.3 Amostra e Participantes 79
3.4 Instrumentos 81
3.5 Procedimento para Coleta dos Dados 81
3.6 Análise dos Dados 82
4. Resultados e Discussão 82
4.1 Aspectos Sóciodemográficos 82
4.2 Análise de Conteúdo Temático-Categorial 83
5. Considerações Finais 104
Referências 106
CAPÍTULO III 111
ANÁLISE DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO DE PROFISSIONAS DE SAÚDE CONTRA USUÁRIAS LÉSBICAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA 112
1. Introdução 115
1. 1 Preconceito, Discriminação e Identidade Social 117
2. Objetivo Geral 123
3. Método 124
3.1 Tipo de Estudo 124
3.2 Lócus de Pesquisa 124
3.3 Amostra e Participantes 124
3.4 Instrumentos 124
3.4.1 Questionário Sóciodemográfico 125
3.4.2 Priming 125
3.5 Procedimento para Coleta dos Dados 126
3.6 Análise dos Dados 126
4. Resultados e Discussão 126
4.1 Aspectos Sóciodemográficos 126
4.2 Análise de Conteúdo Categorial Temática do Priming 126
5. Considerações Finais 145
Referências 148
CAPÍTULO IV 154
ANÁLISE DOCUMENTAL DE CAMPANHAS NACIONAIS EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM LÉSBICAS 155
1. Introdução 158

2. Objetivo Geral *164*
3. Método *164*
3.1 Tipo de Estudo **164**
3.2 Lócus **164**
3.3 Procedimentos **165**
3.4 Análise dos Dados **165**
4. Resultados e Discussão *165*
I. Categoria Final Orientações Técnicas **167**
II. Categoria Final Disponibilidade **185**
5. Considerações Finais *188*
Referências *189*
CONSIDERAÇÕES GERAIS DA TESE *194*
REFERÊNCIAS GERAIS *198*
APÊNDICES *203*
ANEXOS *212*

INTRODUÇÃO

O objetivo geral desta tese foi analisar as crenças, as atitudes e o preconceito de profissionais de saúde, frente à vulnerabilidade em saúde sexual de mulheres cis lésbicas[2], e a existência de campanhas para promoção da saúde sexual dessas mulheres. Para tanto, parte-se da tese de que existem elementos de cunho individual, como crenças e atitudes; social, como o preconceito e a discriminação; e programático, como a insuficiência e ineficácia das atuais campanhas em saúde que, associados, podem refletir no atendimento prestado por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas.

A escolha do tema se deu no intuito de ampliar os resultados do estudo da dissertação intitulada "Vulnerabilidade e Prevenção às DST's[3] nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas", produzida por este autor. Tal pesquisa foi realizada junto à população lésbica e tinha por objetivo analisar a vulnerabilidade e as práticas preventivas frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis nas relações afetivo-sexuais de lésbicas. Compuseram a amostra 18 mulheres cis que se autodeclararam lésbicas. Foram investigadas dimensões como Conhecimento sobre IST's, Práticas Sexuais, Saúde Sexual, Experiência nos Serviços de Saúde e Preconceitos Vivenciados.

Como principais resultados da referida dissertação, destacam-se a ausência de campanhas educativas direcionadas para o público lésbico que possam orientar sobre os possíveis riscos às IST's nas relações desprotegidas; bem como a quase inexistente orientação sobre formas de prevenção às IST's advindas dos profissionais de saúde durante os atendimentos médicos ginecológicos (Lima, 2016).

---

[2] Optou-se por delimitar o objeto de pesquisa estudado, visto que as análises e as discussões realizadas se baseiam no que a literatura aponta sobre as experiências e vivências de mulheres cis (*cisgênero*, termo utilizado pela primeira vez em 1995 por Carl Buijs para retratar pessoas que não são transexuais, ou seja, aquelas em que a identidade de gênero está em concordância com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer) lésbicas nos serviços de saúde, não se ampliando para situações vivenciadas por mulheres transexuais lésbicas nos mesmos serviços. Trata-se de uma escolha de pesquisa por se partir do entendimento de que as mulheres cisgênero lésbicas podem vir a sofrer violações nos serviços de saúde pela influência da lesbofobia e da misoginia, enquanto que mulheres transexuais lésbicas possivelmente sofram violações de direitos por maior influência da transfobia presente na sociedade. Assim, tendo em vista a necessidade de aprofundamento em fenômenos que, embora próximos, possuem significativas diferenças, e com o intuito de traçar uma delimitação teórico-metodológica, mas sem com isso tentar quantificar a relevância de se estudar quaisquer das duas populações. Optou-se, neste estudo, por tratar das questões relativas aos fatores de vulnerabilidade às IST's na população de mulheres cisgênero lésbicas nos serviços de saúde.

[3] Atualmente denominadas de IST's: Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Assim, baseado nos dados obtidos, buscou-se ampliar o escopo investigativo abarcando os pontos de vista dos profissionais de saúde. Para tanto, toma-se como modelo teórico o conceito de vulnerabilidade em saúde (Ayres, Calazans, Salleti Filho & França Jr., 2009; Ayres, Paiva & França Jr., 2012), pois considera-se que a forma como os atendimentos em saúde, especialmente os ginecológicos, são oferecidos para lésbicas, pode ter relação com a combinação das três dimensões que estruturam o conceito de vulnerabilidade em saúde (Lima, 2016).

Parte-se da compreensão de que as vivências afetivo-sexuais entre mulheres foram, ao longo do tempo, alvo de olhares de censura e de reprovação, advindos de uma sociedade historicamente machista (Oliveira, 2013). Assim, infere-se que as formas como as lésbicas são vistas pela sociedade podem refletir em diferentes setores de suas vidas, inclusive nos atendimentos em saúde.

Na saúde, por exemplo, Almeida (2009) destaca que foi a partir da década de 1980 que a invisibilidade social da figura da lésbica passou a ser bastante acentuada, já que em decorrência da epidemia da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) foi dada grande evidência às práticas homossexuais apenas entre homens, visto que acreditava-se serem os homossexuais masculinos os responsáveis pela disseminação do HIV, sendo inclusive o HIV/Aids considerado como "peste gay" (Silva & Cueto, 2018).

Esse fato é considerado um dos grandes responsáveis pela existência da crença de uma suposta baixa vulnerabilidade para o HIV e demais IST's entre as lésbicas. A própria medicina passou a acreditar que lésbicas seriam menos vulneráveis a tais infecções. Essa percepção se baseava na hipótese de que lésbicas que se relacionam apenas com outras mulheres adquiriam um fator de proteção à infecção pela via sexual pelo fato de não se relacionarem com homens (Almeida, 2009; Lima, 2016).

Contudo, mesmo sendo baixa a incidência do HIV entre mulheres, os profissionais da saúde estão incorrendo em um grande erro por acreditarem que mulheres que fazem sexo com outras mulheres desenvolveriam proteção natural às IST's (Pinto, 2004).

Trata-se de um engano a consideração de que lésbicas são invulneráveis às IST's, sendo este assunto já sido objeto de estudo em diferentes pesquisas nacionais (Granado, 1998; Pinto, 2004; Rodrigues, 2011) e internacionais (Robertson & Schachter, 1981; Monzon & Capellan, 1987; Fethers, Marks, Mindel & Estcourt, 2000; Marrazzo, 2000; Marrazo, 2004; Shirley, 2014). Segundo Lima (2016) como resultados, tais estudos apontam ser possível a transmissão

de diversas IST's nas relações desprotegidas mantidas unicamente entre mulheres, inclusive o próprio HIV (Shirley, 2014).

Faz-se fundamental a consideração de que as relações entre mulheres possuem demandas específicas, o que acarretaria na necessidade de orientações focadas nas especificidades para a prevenção de IST's em suas práticas sexuais. Além disso, a falta de informação das lésbicas sobre a promoção da saúde sexual, dos profissionais e a crença do corpo imune podem ser consideradas, em parte, responsabilidade do Estado em decorrência da ausência de "propostas para modificar os comportamentos sexuais de riscos entre as lésbicas e almejar a busca por elas nos serviços de saúde" (Gaudad, 2013, p. 46).

Neste sentido, estudos nacionais realizados com participantes lésbicas (Granado, 1998; Coelho, 2001; Lima, 2016) apontaram que, entre as que dizem buscar os serviços de saúde ginecológicos, existem relatos de usuárias[4] que optaram por omitir, para os profissionais de saúde, sua orientação sexual por receio de reações negativas advindas dos referidos profissionais.

São situações que costumam deixar as usuárias incomodadas, reprimidas, em desalento e com receio de retornar ao serviço de saúde e sofrerem novas violações. Para Rabello (2013), existem questões específicas relacionadas à forma como lésbicas são tratadas nos serviços ginecológicos que estão além das orientações sobre prevenção de IST's. Entre tais elementos destacam-se as crenças existentes entre a equipe de saúde acerca do sexo entre mulheres e as atitudes que predizem comportamentos desfavoráveis para as usuárias lésbicas.

O desconhecimento e o despreparo profissional já foram comparados em um estudo realizado por Melo (2010), que identificou a existência de crenças distorcidas e estigmas que funcionam como elementos que descreditam e tentam invalidar as relações lésbicas e que se materializam por meio de comportamentos discriminatórios.

A realidade experienciada por grande parte das lésbicas no Brasil, que necessitam ultrapassar as limitações impostas pela invisibilidade social, pela heternormatividade, por preconceitos e discriminação, se faz presente em diferentes contextos de interação social, dentre eles os serviços de saúde (Toledo, 2007).

Desse modo, a partir das queixas das próprias lésbicas, acredita-se que "persiste uma situação de invisibilidade da figura da mulher lésbica nos serviços de saúde, principalmente no que se refere aos cuidados ginecológicos e a promoção da saúde sexual" (Lima, 2016, p. 17).

---

[4] Optou-se, nesta tese, por fazer uso do substantivo "usuária/o(s)", no lugar de "paciente(s)" pois, segundo Saito, Zoboli, Schveitzer e Maeda (2013), o termo usuário é mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal do termo paciente, que está relacionado com a pessoa que tem paciência, serenidade e conformismo.

A partir das reivindicações de grupos compostos por ativistas envolvidas com causas relativas ao movimento lésbico, foi exigida a elaboração de políticas públicas consistentes de saúde que pudessem contemplar suas demandas, fato que pode ter contribuído para que o Estado passasse a dar algum enfoque para a promoção da saúde desta população. Nesta direção, o Ministério da Saúde brasileiro vinha, até então, sinalizando interesse em realizar uma mudança social e assistencial nos serviços prestados para a população LGBTQ+[5] (Moscheta, 2011).

Contudo, recentemente, observa-se o avanço de um movimento conservador no país que pode dificultar a materialização de futuras campanhas e programas e a manutenção daqueles já existentes. Segundo Aragusuku e Lopes (2016), o país está diante de um novo cenário político, em que ocorre um verdadeiro estreitamento na agenda política LGBTQ+, fato que está diretamente relacionado ao crescente movimento conservador que vem ganhando força nos últimos anos. Neste sentido, os autores evidenciam alguns retrocessos no que diz respeito ao cuidado e a promoção do bem-estar dessa comunidade:

> o desmonte do Programa Rio Sem Homofobia, no Estado do Rio de Janeiro. O Rio Sem Homofobia, programa estadual considerado um modelo de promoção de direitos LGBT, teve mais de 75% de seu quadro de funcionários demitido, parando as atividades de seus quatro Centros de Cidadania no início de 2016. Atualmente, o Rio de Janeiro passa por uma das maiores crises orçamentárias de sua história, atingindo principalmente os serviços públicos de saúde e educação, sendo utilizada para justificar o desmonte do Rio Sem Homofobia. Porém, o Secretário Estadual de Direitos Humanos, naquele período, era nada menos que o pastor ultraconservador . . ., Deputado Federal eleito em 2014 com uma campanha que associava os movimentos LGBT à pedofilia e à destruição da família. (Aragusuku & Lopes, 2016, p. 244)

Entretanto, mesmo diante desta situação, não se pode desconsiderar que alguns avanços continuam a ocorrer, mesmo que de forma mais restrita, a exemplo da criação de conselhos e espaços, em diferentes estados e municípios, direcionados à garantia dos direitos da população LGBTQ+, a exemplo do Centro Estadual de Referência dos Direitos de LGBT e Enfrentamento a Homofobia[6] na Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa. Estes espaços, em sua maioria, direcionam recursos para a elaboração de materiais e campanhas locais voltadas para os direitos da população LGBTQ+.

No entanto, estes avanços não são suficientes, e diversas queixas e relatos de ativistas e das próprias usuárias denunciam a permanência de dificuldades no tocante à efetividade das

---

[5] LGBTQ+ termo que representa: lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e outros grupos (representados pelo sinal "+") de gênero e sexualidade. Trata-se do termo atualmente mais utilizado e inclusivo para representar a diversidade sexual e de gênero.

[6] Termo geral utilizado para se referir ao preconceito e a discriminação em razão de orientação sexual, contra gays, lésbicas (lesbofobia) ou bissexuais (bifobia) (Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual, 2017).

práticas inclusivas nos serviços de saúde oferecidos pelos Sistema Único de Saúde (SUS) (Granado, 1998; Coelho, 2001; Pinto, 2004; Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007; Lima, 2016; 2019). Condutas profissionais inadequadas, situações de constrangimento, conotações preconceituosas ou até ofensas verbais são os principais motivos de denúncias realizadas pelas lésbicas que buscam os serviços de saúde (Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007).

Assim, no que diz respeito às ações de educação em saúde, formatadas em campanhas governamentais, percebe-se uma ineficácia, que pode resultar, mais do que nunca, ao fato do próprio Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis[7] estar à mercê do conservadorismo que intensamente vem emergindo no país, e que tenta marginalizar as expressões da sexualidade entre pessoas do mesmo sexo, sendo estas censuradas, muitas vezes, pela ação do próprio Estado (Gaudad, 2013).

Considera-se relevante o acompanhamento dos modos como tais campanhas estão sendo divulgadas e direcionadas ao público alvo, bem como o objetivo de diminuir a vulnerabilidade em saúde das lésbicas está sendo ou não atingido. No entanto, embora se reconheça a importância da educação em saúde como um elemento transformador, considera-se que elementos individuais e sociais também podem atuar como determinantes das condutas em saúde, de modo que não se pode reputar que apenas por serem expostos à informação os profissionais de saúde modificariam seus comportamentos em relação a forma como prestam o atendimento às usuárias lésbicas. Faz-se necessário a análise de alguns elementos que compõem as três dimensões da vulnerabilidade em saúde e que, associados, podem vir a refletir nos atendimentos.

Para tanto, é importante salientar que esta tese baseia-se na tríade das dimensões propostas pelo conceito de vulnerabilidade em saúde: individual, social e programática (Mann & Tarantola, 1996; Mann & Tarantola, 1997; Mann, Tarantola & Netter, 1997; Ayres, Calazans, Salleti Filho & França Jr., 2006; Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Além disso, como destacam Ayres, Paiva e França Jr. (2012) é importante dizer que tais dimensões são inter-relacionadas e inextricáveis, de modo que sua separação se dá apenas no nível didático. Uma síntese dos elementos que os autores consideram nas análises da vulnerabilidade, em suas três dimensões:

[7] Anteriormente denominado de Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. O governo federal modificou sua nomenclatura e direcionamento em maio de 2019, extinguindo o departamento anterior e o transformando em uma coordenadoria. Seu enfoque deixou de ser exclusivamente nas IST's, passando a englobar doenças com diferentes enfrentamentos, como tuberculose e hanseníase (Giannini, 2019).

Tabela 1

Dimensões da Vulnerabilidade em Saúde

Individual	Social	Programática (Ênfase no Setor Saúde)
Valores	Normas Sociais	Compromisso Político dos Governos
Interesses	Referências Culturais	Definição de Políticas Específicas
Crenças	Relações de Gênero	Planejamento e Avaliação de Políticas
Credos	Relações de Raça/Etnia	Participação Social no Planejamento e Avaliação
Desejos	Relações entre Gerações	Recursos Humanos e Materiais para as Políticas
Conhecimentos	Normas e Crenças Religiosas	Governabilidade
Atitudes	Estigma e Discriminação	Controle Social
Comportamento	Emprego	Sustentabilidade Política, Institucional e Material da Política
Relações Familiares	Salários	Articulação Multissetorial das Ações
Relações de Amizade	Suporte Social	Atividades Intersetoriais
Relações Afetivo-sexuais	Acesso a Educação	Organização do Setor Saúde
Relações Profissionais	Acesso a Justiça	Acesso aos Serviços
Situação Material	Acesso a Cultura, Lazer e Esporte	Qualidade dos Serviços
Situação Psicoemocional	Acesso a Mídia	Integralidade da Atenção
Situação Física	Liberdade de Pensamento e Expressão	Equidade das Ações
Redes e Suportes Sociais	Participação Política	Equidades Multidisciplinares
	Cidadania	Enfoques Interdisciplinares
		Integração entre Prevenção, Promoção e Assistência
		Preparo Técnico-científico dos Profissionais e Equipes
		Compromisso e Responsabilidade dos Profissionais
		Respeito, Proteção e Promoção dos Direitos Humanos
		Participação Comunitária na Gestão dos Serviços
		Planejamento, Supervisão e Avaliação dos Serviços
		Responsabilidade Social e Jurídica dos Serviços

Fonte: Recuperado de Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde, de Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & Franca Junior, I. (2006). Em: *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ.

O conceito de vulnerabilidade que embasa esta tese foi elaborado originalmente por Mann, Tarantola e Netter (1997), como forma de avaliar a vulnerabilidade à infecção ao HIV/Aids. Como destaca Ribeiro (2010) este conceito emerge diante da ineficácia das ações em saúde que foram desenvolvidas até então na tentativa de explicar e tratar o fenômeno do HIV/Aids. Trata-se de um conceito que superou a ideia individualista e culpabilizante de grupos de risco, trazendo para si a necessidade de elaboração de uma nova "estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social" (Ribeiro, 2010, p. 39).

Posteriormente, ocorreu a ampliação do entendimento do que seria vulnerabilidade em saúde, onde passou-se a considerar como diversos aspectos, sejam eles individuais, sociais ou institucionais, que aumentam as chances de exposição de indivíduos e coletividades a adoecimentos ou agravos, bem como dificultam o acesso a recursos de proteção e enfrentamento (Ayres, Calazans, Salleti Filho & França Jr., 2006a; Ayres et al., 2006b; Mann & Tarantola, 1996; Mann, Tarantola & Netter, 1992 como citado em Ayres, Paiva e França Jr. 2012).

Com a eclosão da Aids nos anos 1980, como destacam os autores, ocorreu a busca por explicações acerca dessa doença, até então desconhecida, onde se iniciou um processo na tentativa de distinguir as características das pessoas acometidas pela Aids e que pudessem de alguma forma apresentar indícios acerca da sua origem.

Emerge então o conceito de grupo de risco, sendo este praticamente um tipo de identidade social atribuída aqueles acometidos pela Aids (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Passou a existir a noção de que determinadas pessoas pertenciam a um grupo populacional específico que estaria mais exposto ao HIV, um pensamento estigmatizante visto que responsabilizava e culpava os indivíduos por terem adquirido a doença.

Segundo Souza (2018) o conceito de grupo de risco está envolto em julgamento moral, preconceitos e desconhecimento sobre a infecção pelo HIV, já que, incialmente, acreditava-se que o HIV acometia apenas homens gays, sendo a estigmatização uma forma de isolá-los das demais pessoas da sociedade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Diversos grupos organizados lançaram muitas críticas sobre esta noção por a considerarem comportamentalistas e individualizantes, defendendo um conceito mais amplo, que considerava que não apenas os aspectos individuais afetariam no processo de prevenção ao HIV, mas também a associação de condições sociais e interpessoais dos indivíduos, emergindo assim o conceito de vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Para estes autores, não existiria um agente que seja em si próprio agressor. Assim, considera-se que no quadro do adoecimento a patologia só é percebida como tal diante das

especificidades físicas, cognitivas, afetivas e comportamentais dos hospedeiros, que por sua vez dependem de aspectos culturais, sociopolíticos e contextuais do próprio indivíduo.

Além disso, a análise da vulnerabilidade em saúde também pode ser realizada a partir de uma óptica voltada para a garantia dos direitos humanos, com enfoque na:

> [...] responsabilidade e a ação de governos e dos programas públicos de saúde como parte integrante dos determinantes contextuais e sociais no processo saúde e doença.[...] começamos a considerar cada pessoa como sujeito de direito, e examinamos o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os direitos consagrados nas definições da cidadania social de cada local [...] (Ayres, Paiva & França Jr., 2012, p. 82).

Dentro desta perspectiva, que aproxima o conceito de vulnerabilidade em saúde aos direitos humanos, passa-se a compreender que os direitos humanos são universais e devem proteger a dignidade e a liberdade dos indivíduos, incluindo também o direito à saúde (Palma & Orcasita, 2017). Assim, como destacam Palma e Orcasita (2017), no caso das lésbicas, o direito à saúde não deve se limitar apenas na melhoria do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, ou à facilidade de acesso aos serviços, mas sim, deve se ampliar para tornar possível também o recebimento de informações precisas, focadas nas suas demandas, bem como promover a participação desta população em programas de saúde, de modo a ser oferecido a promoção da saúde e o cuidado sem discriminação. Quando tais direitos não são respeitados e garantidos, têm-se piores perfis de saúde, sofrimento, doenças e morte (França Jr. & Ayres, 2003).

Neste sentido, como já mencionado, parte-se da tese de que existem elementos de cunho individual, como crenças e atitudes; social, como o preconceito e a discriminação; e programático, como a insuficiência e ineficácia das atuais campanhas em saúde que, associados, podem refletir no atendimento prestado por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas. Para verificar esta tese a presente pesquisa foi dividida em quatro capítulos, que correspondem cada, a um estudo diferente.

O primeiro capítulo apresenta um estudo realizado para identificar e analisar as crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde da equipe da USF, acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas, realizado por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras. A amostra que compõe esse estudo é independente da que compõe os estudos II e III.

O segundo capítulo apresenta uma investigação e análise de atitudes em saúde realizado a partir do uso de um questionário também com profissionais de saúde médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde da equipe da USF acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

O terceiro capítulo apresenta uma investigação e análise de posicionamentos dos profissionais de saúde sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde.

Por fim, o quarto capítulo apresenta um levantamento e análise documental de materiais oriundos de campanhas governamentais elaborados pelo e/ou em parceria com o Governo Federal brasileiro, com o intuito de orientar os profissionais de saúde e/ou usuárias sobre a promoção da saúde sexual de lésbicas.

CAPÍTULO I

CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS PRÁTICAS AFETIVO-SEXUAIS DE LÉSBICAS

Resumo: A existência de crenças de profissionais de saúde desfavoráveis às expressões afetivo-sexuais de mulheres lésbicas pode vir a refletir no atendimento prestado e influenciar os padrões de busca de saúde da população lésbica, seja impedindo o acesso aos cuidados de saúde ou reduzindo a abertura e a confiança na relação médico-usuária. Neste sentido, considera-se relevante a discussão sobre o tema pelo fato de permitir a evidência dos principais atributos relacionados à forma como os profissionais de saúde enxergam as usuárias lésbicas enquanto fenômeno psicossocial, de modo a tornar possível a identificação de elementos formadores das condutas, que são manifestas sob a forma dos atendimentos prestados diariamente a esta população. **Objetivo:** O presente estudo objetivou identificar e analisar as crenças de profissionais de saúde acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas. **Método:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com design qualitativo, que permitiu a identificação das crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas. A escolha por Unidades de Saúde da Família de seu pelo fato de as mesmas funcionarem como verdadeiras portas de entrada aos serviços de saúdes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. A amostra foi determinada por um processo de múltiplos estágios e que se divide em três etapas: agrupamento das USF's pertencentes a cada Distrito Sanitário, escolha das USF's e a escolha dos profissionais do serviço. Assim, fizeram parte do estudo 31 (trinta e um) participantes de oito diferentes USF's. Para a coleta dos dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Para a análise dos dados foram utilizados os softwares SPSS (estatística descritiva) e IRaMuTeQ (análise de similitude e prototípica). **Resultados:** A maioria das palavras evocadas pelos participantes apontaram a possibilidade de existência de crenças favoráveis sobre as mulheres lésbicas. Contudo, também emergiram evocações que apontaram crenças de desaprovação do comportamento homossexual feminino, considerando esta prática como algo errado, incomum e desviante. Em relação à saúde sexual de lésbicas a maioria dos participantes considerou trata-se de algo necessário, importante e de direito das lésbicas. Sobre a vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas parte dos profissionais considerou a ocorrência de risco de infecção nas práticas sexuais entre mulheres. Alguns participantes atribuíram a vulnerabilidade sexual de lésbicas à perversão, traição e até mesmo como resultado de castigo divino. **Considerações Finais:** A partir desse estudo, novas indagações se fazem presentes, como por exemplo o questionamento de como tais crenças poderiam influenciar nas atitudes dos profissionais para com as usuárias lésbicas durante a efetivação da prática profissional dos mesmos. Desse modo, sugere-se a realização de estudos que possam investigar justamente a concretização (ou não) das crenças através das atitudes dos profissionais.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde; Crenças; Saúde Sexual; Lésbicas; Vulnerabilidade.

HEALTH PROFESSIONALS BELIEFS ABOUT LESBIAN AFFECTIVE-SEXUAL PRACTICES

Abstract: The existence of beliefs of health professionals that are unfavorable to the affective-sexual expressions of lesbian women, could come to reflect on the care provided and influence the patterns of seeking health of the lesbian population, whether preventing access to health care or reducing the opening and trust in the doctor-patient relationship. In this sense, it is considered relevant the discussion about the theme because it allows the evidence of the main attributes related to the way health professionals view lesbian patients as a psychosocial phenomenon, so as to make it possible to identify the elements that form the conducts, which are manifested in the form of daily care given to this population. **Objective:** The present study aimed to identify and analyze the beliefs of health professionals about affective-sexual practices and the vulnerability in sexual health of lesbians. **Method:** It was an exploratory and descriptive study, with qualitative design, which allowed the identification of the beliefs of doctors, nurses, nursing technicians and health agents who work in Family Health Units about affection-sexual practices and vulnerability in sexual health of lesbians. The selection by Family Health Units of theirs because they function as real doors of entry to the health services offered by the Unified Health System. The sample was determined by a process of multiple stages and is divided into three stages: grouping of USF's pertaining to each Sanitary District, choice of USF's and the choice of service professionals. Thus, 31 (thirty-one) participants from eight different FHUs participated in the study. A sociodemographic questionnaire and the Free Words Association Technique (TALP) were used to collect the data. For the analysis of the data, the software SPSS (descriptive statistics) and IRaMuTeQ (similitude and prototypical analysis) were used. **Results:** Most of the words evoked by the participants pointed to the possibility of positive beliefs about lesbian women. However, evocations have also emerged that have pointed to beliefs of disapproval of female homosexual behavior, viewing this practice as something wrong, unusual, and deviant. Regarding the sexual health of lesbians most of the participants considered it to be something necessary, important and right of lesbians. On the vulnerability in sexual health of lesbians some professionals considered the occurrence of risk of infection in sexual practices among women. Some participants attributed the sexual vulnerability of lesbians to perversion, betrayal and even as a result of divine punishment. **Final Considerations:** From this study, new questions are present, such as the questioning of how such beliefs could influence the professionals' attitudes towards lesbian patients during their professional practice. Thus, it is suggested to carry out studies that can investigate precisely the realization (or not) of beliefs through the attitudes of professionals.

Keywords: Health Professionals; Beliefs; Sexual Health; Lesbians; Vulnerability.

CREENCIAS DE PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LAS PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES DE LESBIANAS

Resumen: La existencia de algunas creencias de salud por parte de los profesionales podría influir en los patrones de búsqueda de salud de la población lésbica, ya sea impidiendo el acceso a la atención de salud o reduciendo la apertura y la confianza en la relación médico-paciente. En este sentido, se considera relevante la discusión sobre el tema por el hecho de permitir la evidencia de los principales atributos relacionados con la forma como los profesionales de salud ven a las usuarias lesbianas como fenómeno psicosocial, de modo a hacer posible la identificación de elementos formadores de las conductas, que se manifiestan en la forma de las atenciones prestadas diariamente a esta población. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo identificar y analizar las creencias de los profesionales de la salud sobre las prácticas afectivas y sexuales y la vulnerabilidad en la salud sexual de las lesbianas. **Método:** Fue un estudio exploratorio y descriptivo, con diseño cualitativo, que permitió identificar las creencias de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en Unidades de Salud Familiar sobre las prácticas sexuales afectivas y la vulnerabilidad en la salud sexual de las lesbianas. La elección por Unidades de Salud de la Familia de su por el hecho de las mismas funcionar como verdaderas puertas de entrada a los servicios de salud ofrecidos por el Sistema Único de Salud. La muestra fue determinada por un proceso de múltiples etapas y que se divide en tres etapas: agrupación de las USF's pertenecientes a cada Distrito Sanitario, elección de las USF's y la elección de los profesionales del servicio. Así, formaron parte del estudio 31 (treinta y uno) participantes de ocho diferentes USF's. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la Técnica de Asociación Libre de Palabras (TALP). Para el análisis de los datos se utilizaron los softwares SPSS (estadística descriptiva) e IRaMuTeQ (análisis de similitud y prototípica). **Resultados:** La mayoría de las palabras evocadas por los participantes apuntaron la posibilidad de existencia de creencias positivas sobre las mujeres lesbianas. Sin embargo, también surgieron evocaciones que apuntar creencias de desaprobación del comportamiento homosexual femenino, considerando esta práctica como algo equivocado, inusual y desviado. En relación a la salud sexual de lesbianas la mayoría de los participantes consideró que se trata de algo necesario, importante y de derecho de las lesbianas. Sobre la vulnerabilidad en salud sexual de lesbianas parte de los profesionales consideró la ocurrencia de riesgo de infección en las prácticas sexuales entre mujeres. Algunos participantes atribuyeron la vulnerabilidad sexual de lesbianas a la perversión, traición e incluso como resultado de castigo divino. **Consideraciones Finales:** A partir de este estudio, están presentes nuevas preguntas, como el cuestionamiento de cómo tales creencias podrían influir en las actitudes de los profesionales hacia las usuarias lesbianas durante la realización de su práctica profesional. Por lo tanto, se sugiere realizar estudios que puedan investigar con precisión la realización (o no) de las creencias a través de las actitudes de los profesionales.

Palabras Clave: Profesionales de Salud; Creencias; Salud Sexual; Lesbianas; Vulnerabilidad.

CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DAS PRÁTICAS AFETIVO-SEXUAIS DE LÉSBICAS

1. Introdução

O presente estudo objetivou identificar e analisar as crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuam em USF (Unidade de Saúde da Família), acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

A escolha pela análise das crenças desses profissionais se deu pelo fato de que, segundo Krüger (2013), o grau de aceitação subjetiva das crenças pode influir nas tomadas de decisão e nas condutas sociais dos indivíduos. Neste sentido, considera-se que as crenças que os profissionais de saúde possuem sobre as expressões da sexualidade de lésbicas poderiam refletir no atendimento prestado a elas.

No campo da saúde, a existência de relações afetivo-sexuais entre mulheres, bem como as especificidades que elas trazem para as usuárias lésbicas, ainda não são observadas. Como consequência, verifica-se uma situação de invisibilidade dessa população no contexto do sistema de saúde, o que as torna mais vulneráveis a fatores de risco a sua saúde quando comparadas a mulheres heterossexuais (Crispim, Barreto, Nogueira & Almeida, 2018).

Embora o relacionamento entre pessoas do mesmo sexo sempre tenha existido em todas as culturas ao longo da história da humanidade (Alves & Tsuneto, 2013), considera-se que as expressões das práticas homossexuais femininas foram socialmente controladas (Barbosa, Nascimento, Carvalho & Cavalcante, 2014). Esse controle social pode acarretar a manifestação de situações discriminatórias contra essas mulheres, materializadas em gestos, olhares, palavras, discursos, agressões e até mesmo assassinatos, e este fenômeno influencia diversos setores de socialização dessas mulheres, inclusive a área da saúde (Molina, 2011).

Ainda é recorrente na saúde a ideia de que qualquer comportamento sexual feminino diverso ao objetivo da procriação seria desviante e moralmente duvidoso. Como destacam Espírito Santo e Gomes (2017), trata-se de uma visão existente desde o século XIX, onde a reprodução sempre foi a base da vida social, material e espiritual, centrada no modelo de família heterossexual.

Além disso, a falta de um atendimento acolhedor e que respeite sua singularidade pode gerar sentimentos de incompreensão, desrespeito e receio quanto às consequências da revelação de sua orientação sexual (Marques, Oliveira & Nogueira, 2013). Dependendo da forma como é

conduzida, a consulta ginecológica é um momento extremamente delicado para as mulheres, e no caso das lésbicas esta situação pode ser marcada por dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias e assim, se constituir em um espaço para o desenvolvimento de situações de violação de direitos (Araujo, 2015).

Segundo Freitas (2016) é fundamental que os profissionais de saúde conheçam as particularidades de cada pessoa LGBTQ+ para seja possível o fortalecimento do vínculo, a elaboração de novos cenários de saúde-doença-cuidado e a diminuição do quadro de vulnerabilidade em saúde (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

Contudo, a não divulgação da orientação sexual para os profissionais de saúde pode resultar na inexistência do vínculo paciente-profissional e, segundo Zeidenstein (1990) e Dinkel (2005), também resultaria em um sentimento de invisibilidade por parte das usuárias lésbicas. Dentro desse quadro de invisibilidade lésbica nos serviços de saúde, também seriam negadas situações com implicações psicológicas, físicas, morais, políticas para esta população (Junqueira, 2012).

Estudos nacionais e internacionais apontam que as lésbicas estariam menos propensas, do que as mulheres heterossexuais, a buscar os serviços de saúde primários, o fazendo apenas quando sentem algum sintoma de doença manifesta (Roberts, Patsdaughter, Grindel & Tarmina, 2004; Pinto, 2004; Granado, 2008; Facchini & Barbosa, 2006; Knauth, & Meinerz, 2009).

Em alguns casos estas mulheres preferem fazer uso de cuidados de saúde complementares ou alternativos (Buenting, 1992; Saunders, Tupac & MacCulloch, 1988) ao invés de buscarem o atendimento médico, sendo as experiências de discriminação vivenciadas em atendimentos anteriores apontas como uma das principais razões para a baixa procura por tais serviços (Araujo, 2015).

O Ministério Saúde orienta, através da Política Nacional de Humanização (PNH) (Ministério da Saúde [MS], 2003) que o atendimento deva se basear na humanização e na ética por parte dos profissionais (MS, 2013). Como destaca Meinerz (2011) a conduta ética deveria se converter em um imperativo por parte dos profissionais e em uma exigência legal para o exercício do trabalho em saúde.

Assim, o atendimento deveria ocorrer livre de preconceitos e prejulgamentos (Carvalho, 2013). Contudo, "existe um outro registro de inscrição homofóbica que transcende as práticas individuais, e é de certa forma, atualizado nessas práticas. Trata-se do imaginário médico em torno da homossexualidade, e da associação histórica entre homossexualidade e doença" (Meinerz, 2011, p. 55). As crenças dos profissionais de saúde sobre a saúde sexual das lésbicas estariam localizadas neste imaginário.

Compreende-se que, no que diz respeito ao atendimento em saúde para mulheres lésbicas, as práticas dos profissionais de saúde poderiam estar relacionadas, entre outros elementos, às crenças pessoais que estes profissionais possuem frente a esta população, e que podem embasar a formação de estereótipos. Logo, considera-se importante entender como tais elementos podem interferir no processo de trabalho desses profissionais, afetando o atendimento recebido pelas usuárias lésbicas e consequentemente, a promoção da saúde sexual para esta população.

1.1. O Estudo das Crenças

A crenças são ideias e percepções de um indivíduo, consideradas por ele como sendo absolutas e legítimas (Bem, 1973). Para este autor as crenças se formam a partir da visão que o próprio indivíduo possui de si mesmo e do mundo e é por meio delas que todas as situações da vida podem ser explicadas. Ele ainda evidencia que as crenças podem ser derivadas de experiências diretas ou de crenças básicas (crenças primitivas) que derivam de outras crenças básicas consideradas como verdadeiras.

A definição de Rokeach (1981, p. 92) sobre as crenças é a de que estas podem ser entendidas como sendo "qualquer proposição simples, consciente ou inconsciente, inferida do que uma pessoa diz ou faz". O autor considera que o conteúdo da crença pode descrever o objeto de crença como sendo verdadeiro ou falso, correto ou incorreto, bom ou ruim ou ainda favorável ou desfavorável. Este autor afirma que todas as pessoas possuem diversas crenças que orientam julgamentos relativos aos eventos do mundo físico e social no qual estão inseridos. Existiriam diferenças entre as crenças e outros construtos, a exemplo das atitudes.

O modelo de crenças de Rokeach (1981) se estrutura em uma dimensão periférico-central, onde as crenças se situariam em regiões centrais e periféricas em uma espécie de plano cartesiano. Segundo Oliveira (2010), no sistema de crenças de Rokeach (1981) existe uma classificação em cinco categorias: crenças Tipo A (crenças primitivas que se localizam no núcleo central, sendo estabelecidas no encontro entre o indivíduo e o objeto das crenças, possuindo consenso unânime), crenças Tipo B (crenças primitivas que não dependem de compartilhamento), crenças tipo C (crenças oriundas de grupos de referência tidos como autoridade), crenças tipo D (crenças derivadas do processo de identificação com a autoridade) e crenças tipo E (crenças inconsequentes, consideradas mais casuais, sem consenso ou ligação a outras crenças). Assim, seguindo esse modelo de Rokeach (1981), as

crenças do Tipo A e B seriam consideradas de maior centralidade para os indivíduos, enquanto as do Tipo C, D e E são periféricas.

Em relação ao processo de mensuração das crenças, Rokeach (1981) salienta que não se deve considerar apenas a possibilidade de verificação através das manifestações verbais, mas também devem ser consideradas a observação direta das crenças e das inferências que podem ser realizadas com o auxílio de algum artifício psicológico, como as técnicas projetivas.

Assim, uma das possibilidades de verificação das crenças seria por meio de técnicas projetivas, como a TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras). Nesse sentido, acredita-se que o estudo das crenças pode auxiliar na compreensão de algumas práticas dos profissionais de saúde e no entendimento do papel que estes desempenham em suas condutas profissionais.

As crenças poderiam estar atreladas na forma como profissionais percebem a população lésbica, o que poderia influenciar nos atendimentos prestados a elas e nos padrões de busca de serviços de saúde. Considera-se que, por exemplo, crenças desfavoráveis às lésbicas podem servir de barreiras que impediriam o acesso aos cuidados de saúde, bem como o enfraquecimento da relação de confiança médico-paciente (Harrison, 1996).

Devido à pouca informação existente no meio científico, inúmeras crenças e conceitos distorcidos sobre a vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas poderiam afetar suas práticas em saúde. Essas crenças são muitas vezes compartilhadas tanto pelos próprios profissionais saúde quanto pelas próprias usuárias lésbicas (American Medical Association, 1996).

Entre essas crenças destacam-se, por exemplo, a ideia que as lésbicas não necessitam de exames de Papanicolau regulares ou de atendimento ginecológico de rotina, que estas não podem contrair o HIV/Aids devido à crença de uma invulnerabilidade adquirida diante de suas práticas sexuais unicamente com mulheres, ou que existiria uma epidemia de câncer de mama na comunidade lésbica (American Medical Association, 1996).

Considera-se relevante a discussão sobre este tema pelo fato de permitir a evidência dos principais atributos relacionados à forma como os profissionais de saúde enxergam as usuárias lésbicas enquanto fenômeno psicossocial, de modo a tornar possível a identificação de elementos formadores das condutas, que são manifestas sob a forma dos atendimentos prestados diariamente a esta população. Logo, como destaca Oliveira (2010), uma forma possível de se compreender o comportamento das pessoas é tentar descobrir seus modos de pensar.

Neste sentido, a identificação das crenças dos profissionais de saúde em relação às práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas, é um importante passo para a compreensão e possível transformação dos argumentos justificadores das ações, visto que as crenças podem gerar sua própria realidade, sustentar diferentes atitudes, preconceitos e visões de mundo.

2. Objetivo Geral

Identificar e analisar as crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuam em USF (Unidade de Saúde da Família), acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

3. Método

3.1. Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com design qualitativo, que permitiu a análise das crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais de lésbicas.

3.2. Lócus

A escolha por Unidades de Saúde da Família de seu pelo fato de as mesmas funcionarem como portas de entrada aos serviços de saúdes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. Como destacam Giovanella, Escorel e Mendonça (2003) as USF's possuem caráter acessível, servindo de filtro e ponto de entrada do fluxo das demandas da população. Dentre os serviços oferecidos destacam-se a prevenção e promoção da saúde com ênfase à assistência a todo público feminino, realizando desde encaminhamentos para consultas com exames especializados até testes rápidos para IST's e exames citológicos.

Segundo informações contidas no site da Prefeitura Municipal de João Pessoa (http://www.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/distritos-sanitarios/. Recuperado em 30 de junho, 2018) a cidade de João Pessoa está demarcada territorialmente sob a forma de cinco Distritos Sanitários (Distrito Sanitário I, Distrito Sanitário II, Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV e Distrito Sanitário IV)), totalizando 120 USF's (87 isoladas e 33 integradas) e pelos profissionais de saúde destes serviços, que compõem 184 equipes. Foram selecionadas as USF's isoladas (aquelas que atuam com uma única equipe) dentre as 87 unidades isoladas

existentes; bem como os profissionais destas equipes a partir de um calculo amostral por conveniência de 10% das unidades em cada distrito.

A decisão pelas unidades isoladas ocorreu devido ao fato deste tipo de unidade corresponder à maioria (72,5%) das USF's que atendem a população da cidade, logo, é este tipo de serviço de Atenção Básica que a população mais teria acesso. Além disso, a escolha também buscou evitar a existência de possíveis vieses nos resultados devido a diferença estrutural, processo de trabalho e prestação de serviços que possam existir entre as unidades isoladas e as integradas de saúde.

3.3. Amostra e Participantes

A amostra foi determinada por um processo de múltiplos estágios e que se dividiu em três etapas: agrupamento de todas às USF's pertencentes a cada Distrito Sanitário, escolha das USF's e a escolha dos profissionais do serviço. Obedecendo ao critério de proporcionalidade dos Distritos, foram selecionadas por conveniência 10% do total das USF's em cada Distrito, atingindo uma amostra total de 8 unidades de saúde, localizadas em 8 bairros da cidade de João Pessoa-PB. É importante destacar que para evitar possíveis identificações dos locais e/ou dos participantes foram suprimidos os nomes dos bairros onde se localizam as unidades visitadas. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: (a) recusa a participar do estudo; (b) o participante não ser médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem ou agente de saúde da USF**.** Assim, fizeram parte do estudo 31 (trinta e um) participantes, sendo estes profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde visitadas. O plano amostral está apresentado na Tabela 2.

Tabela 2

Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários

DISTRITO SANITÁRIO (D.S.)	TOTAL DE USF ISOLADAS	CÁLCULO AMOSTRAL (10%)	AMOSTRA PRETENDIDA
D.S. I	15	1	2 médicos 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
D.S. II	20	2	2 médicos 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde

D.S. III	31	3	3 médicos 3 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 3 agentes comunitários de saúde
D.S. IV	10	1	1 médico 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
D.S. V	11	1	1 médico 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
Total	87	8	31

Por questão de escolha metodológica, a amostra que compõe o estudo I é independente da amostra que compõe os estudos II e III. Essa escolha se deu pelo interesse em alcançar a maior variabilidade possível de respostas. Sendo crenças e atitudes construtos próximos, tentou-se evitar o enviesamento das respostas entre os estudos I e II. Assim, as USF visitadas no presente estudo, não foram as mesmas visitadas nos estudos II e III e, desse modo, os participantes que compuseram a amostra desse estudo, não foram os mesmos dos demais.

3.4. Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).

3.4.1. Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice 2) com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, contendo itens sobre idade, gênero, cargo e tempo de serviço.

3.4.2. Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

Realizada a partir do uso de 4 (quatro) estímulos indutores: Lésbicas; Saúde Sexual de Lésbicas; Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas; Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas (Apêndice 2). Nesta técnica os participantes foram convidados a falar as 3 (três) primeiras palavras que vinham na mente após ouvirem cada um dos quatro estímulos indutores. Como destacam Coutinho, Nóbrega e Catão (2003) a TALP atua diretamente na estrutura

psicológica dos indivíduos através de estímulos indutores que podem ser verbais (frases, palavras, expressões) ou não verbais (figuras, imagens fixas ou em movimento), assim, ao responderem as induções, os indivíduos evidenciam os aspectos de sua personalidade, bem como crenças ou representações acerca do objeto indutor. Por ser uma técnica projetiva, a TALP segue os critérios operacionais necessários para execução deste tipo de técnica: o estímulo, a observação, o registro e a comunicação (Nóbrega & Coutinho, 2003). Assim, a TALP pode ser considerada uma técnica eficaz para a verificação das crenças.

3.5. Procedimento para Coleta dos Dados

O presente estudo foi submetido e apreciado junto a Gerência de Educação na Saúde (GES) da Prefeitura Municipal de João Pessoa/PB. Após aprovação da GES e emissão da Carta de Anuência (Anexo 1), o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, por meio da Plataforma Brasil, para que o mesmo pudesse ter autorizada sua execução. Após a apreciação pelo comitê de ética em pesquisa o projeto foi aprovado sob o número CAAE: 71675917.0.0000.5188, parecer número: 2.304.028 (Anexo 4). Em seguida, foi emitido pela GES o encaminhamento necessário para realização da pesquisa junto às USF's da cidade de João Pessoa (Anexo 2).

De posse do encaminhamento foi realizado contato inicial junto às USF's escolhidas para que fosse possível a apresentação de toda documentação que autorizou a execução do estudo, apresentada também a proposta do estudo e assim ser pactuada a inserção no local de coleta dos dados. É importante destacar que este estudo seguiu todos os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana.

Após a apresentação e explicação do estudo pelo pesquisador dentro das unidades de saúde (USF's), os profissionais foram convidados a participar do mesmo, onde foi explicado o objetivo da pesquisa, o critério para participação (ser médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem ou agente de saúde da USF), bem como que a participação era voluntária, sem identificação dos participantes e que eles poderiam desistir a qualquer momento. Foi solicitado que todos os participantes lessem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 1), e caso concordassem em participar do estudo o assinassem. Foi entregue uma cópia do TCLE para cada um dos participantes. Procurou-se realizar a pesquisa em locais mais reservados dentro das USF's, como salas, jardins ou copa, com o intuito de deixar os

participantes a vontade em responder aos instrumentos. Em seguida, os participantes foram solicitados a dizer as três primeiras palavras que viessem em sua mente após ouvirem cada estímulo indutor. As palavras ditas pelos participantes foram anotadas para que fosse possível realização posterior das análises textuais.

3.6. Análise do Dados

Para a análise dos dados foram utilizados dois softwares. Os dados sociodemográficos foram analisados por meio de estatística descritiva através do software SPSS. Já os dados obtidos através da TALP foram analisados por meio das técnicas de análise de similitude e análise prototípica através do software IRaMuTeQ.

4. Resultados e Discussão

4.1. Aspectos Sóciodemográficos

A idade dos participantes variou de 23 à 63 anos (M=38,1; DP=10); em relação ao gênero a maioria (N=20) foram do gênero feminino; em relação aos cargos ocupados nove são médicos, dezesseis são enfermeiros ou técnicos de enfermagem e seis são agentes de saúde da família; por fim, o tempo de serviço dos participantes variou de 1 à 35 anos (M=8,8; DP=7,9).

4.2. Estímulo Indutor 1 - Lésbicas

A partir desse estímulo, por meio da análise de matriz, foram evocadas 46 palavras diferentes, sendo realizada, posteriormente, uma análise de similitude. A análise de similitude permitiu verificar as co-ocorrências entre as palavras que se agruparam em sete núcleos, apresentando graficamente as possíveis indicações da conexão entre as evocações, conforme observado no gráfico a seguir:

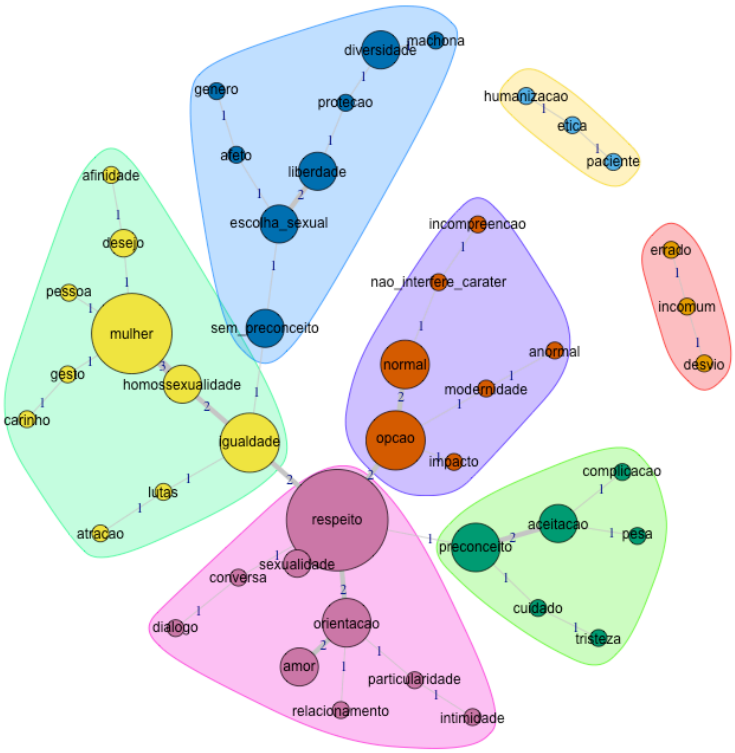


Figura 1. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 1 – Lésbicas.

A evocação *Respeito* aparece como elemento representativo do núcleo com maior centralidade, co-ocorrendo com outros núcleos representados por palavras como *Igualdade*, *Opção*, e *Preconceito*, o que aponta para a crença de que a homossexualidade feminina seria uma manifestação da sexualidade que deve ser respeitada, tratada com igualdade. Trata-se de um resultado que corroborou alguns achados de Melo (2010) que identificou, junto a profissionais de saúde da atenção básica, noções de normalidade do comportamento homossexual feminino, e de tom de igualdade com relação às pessoas heterossexuais.

Ao mesmo tempo, chama atenção a co-ocorrência do núcleo central com núcleos representados por palavras como *Opção*, e *Preconceito*. Infere-se que, para alguns participantes, a homossexualidade feminina seria uma opção sexual, vista ainda com preconceito. Trata-se de um fato controverso tendo em vista que os grupos ligados ao movimento LGBTQ+ tentam enfatizar e explicar que a orientação sexual não seria opção, mas sim condição, sendo a concepção de opção mais relacionada a ideia de escolha do indivíduo,

ou seja, o próprio indivíduo que optaria ser homossexual, pensamento mais recorrente entre grupos conservadores e com posicionamentos contrários a homossexualidade.

Para Alves e Tsuneto (2013) o termo "opção sexual" não deve ser usado, visto que a orientação sexual é complexa, multifacetada e baseada em fatores genéticos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Como destacam Alves e Tsuneto (2013) diversos estudos tem demonstrado ao longo dos anos, por exemplo, que a origem da homossexualidade pode ter relação com fatores biológicos, como a ordem de nascimento fraternal; e fatores genéticos, como polimorfismo genético ou o padrão de herança ligada aos cromossomos específicos, o que descarta a ideia de escolha do indivíduo.

Infere-se que, para os participantes do presente estudo, a evocação da palavra *Opção* pode vir a evidenciar uma crença culpabilista da homossexualidade, seja por falta de conhecimento dos profissionais acerca das explicações sobre a origem do comportamento homossexual, seja pela existência do preconceito sutil.

O discurso da homossexualidade como opção diz respeito a uma visão dominante da heterossexualidade, que segundo Molina (2011) se produz por meio de um conjunto de ignorâncias, tanto sobre a homossexualidade quanto sobre a heterossexualidade, que alimenta a homofobia e limita a vivência da sexualidade dos indivíduos.

Além disso, ao se analisar o diagrama de similitude, percebe-se a presença de dois núcleos opostos, sendo um deles caracterizado por evocações como *Errado, Incomum* e *Desvio*. Palavras evocadas que corroboram os achados de Araujo (2015), que identificou que para alguns profissionais de saúde pesquisados em seu estudo a orientação homossexual feminina foi presumida com base em um suposto desajuste e um desvio da sexualidade "normal".

Trata-se de um achado que, mesmo apresentando menor co-ocorrência entre os profissionais que compuseram a amostra do presente estudo, evidencia que alguns deles apresentam crenças desfavoráveis em relação às manifestações da homossexualidade feminina. Embora não seja possível mensurar o quanto essas crenças interfeririam nos atendimentos, considera-se alarmante que um profissional de saúde, que, no oferecimento dos atendimentos, deve ser isento de julgamentos e comportamentos discriminatórios, tenha esse tipo de crença.

A presença de crenças consideradas favoráveis à população lésbica pode apontar, conforme destaca Melo (2010, p. 102), que existiriam grupos de profissionais de saúde que de alguma forma "são um tipo desviante por reflexão", que na verdade possuem um grau mais pronunciado de aceitação as lésbicas e por isso desviantes da maioria da sociedade que apresenta crenças contrárias para com esta população. Assim, o que está sendo chamado de "desvio" corresponde a uma posição contrária ou que vai de encontro àquilo que é socialmente

considerado padrão, correto e aceitável, em outras palavras, a heteronormatividade[8] existente na sociedade.

Percebe-se também a existência de um núcleo que se opõe aos demais, formado pelas crenças *Humanização*, *Ética* e *Paciente*. Este núcleo apresenta palavras mais voltadas para a prática profissional. Elementos como humanização e ética são qualidades preconizadas pelo próprio Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (PNH) (MS, 2003). Tal política visa promover a humanização e a valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde. Assim, considera-se que este núcleo represente a forma pela qual os respondentes acreditam que as usuárias lésbicas devam ser atendidas nos serviços de saúde, de forma humanizada e ética.

Por meio de análise prototípica, foi possível identificar como se estabelecem, de forma estrutural, as crenças dos participantes em relação à população lésbica. Nessa análise foi possível identificar a frequência das palavras e a ordem de evocação.

[8] Instituições, estruturas de compreensão e orientações práticas que não apenas fazem com que a heterossexualidade pareça coerente – ou seja, organizada como sexualidade –, mas também que seja privilegiada. Sua coerência é sempre provisional e seu privilégio pode adotar várias formas (que às vezes são contraditórias): passa desapercebida como linguagem básica sobre aspectos sociais e pessoais; é percebida como um estado natural; também se projeta como um objetivo ideal ou moral (Berlant & Warner, 2002, p. 230).

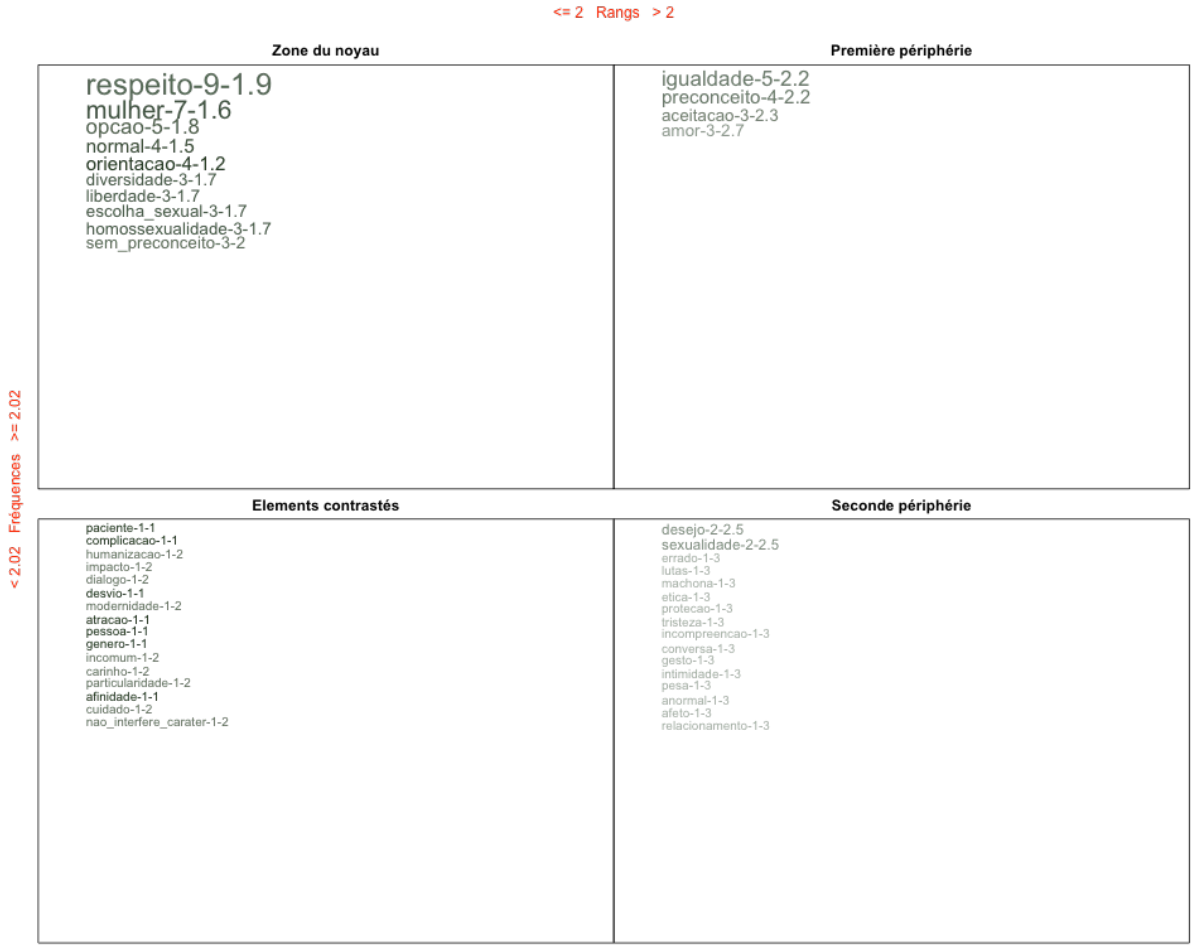


Figura 2. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 1 – Lésbicas.

Na análise prototípica o primeiro quadrante do gráfico é chamado de "núcleo central" (localizado no canto superior esquerdo), e se refere aquelas palavras que tiveram uma alta frequência e foram mais prontamente evocadas. Neste caso as palavras *Respeito*, *Mulher*, *Opção*, *Normal*, *Orientação*, *Diversidade*, *Liberdade*, *Escolha Sexual*, *Homossexualidade* e *Sem Preconceito*, são as mais centrais para os participantes.

Para Rokeach (1981), no primeiro quadrante estariam as crenças que possuem um maior nível de compartilhamento entre os indivíduos, de maneira que o alto consenso pode indicar que o primeiro estímulo indutor utilizado (Lésbicas) desencadeou a expressão de crenças estáveis sobre a imagem que os participantes possuem acerca dessas mulheres.

A análise de similitude realizada com o estímulo indutor *Lésbicas* apontou que a maior parte dos participantes possuem crenças favoráveis sobre as lésbicas, crenças essas que sugerem uma visão da homossexualidade feminina como algo que deve ser respeitado, tratado com igualdade e normalidade.

No entanto, a palavra *Opção* também apareceu com maior frequência de evocação, semelhante ao que ocorreu na análise de similitude. Da mesma forma, infere-se a possibilidade

de existência de uma crença culpabilista da homossexualidade, que não seria possível afirmar se seria decorrente da ausência de informações dos participantes sobre a origem do comportamento homossexual, ou pela existência de uma crença maior de que os indivíduos optam por serem homossexuais, em detrimento da opção da heterossexualidade, o que de certa forma passa a ideia de que seria possível alguém optar ser ou não ser homossexual, o que na prática não ocorre.

No segundo quadrante (superior direito) se encontra a primeira periferia. Segundo Rokeach (1981) nessa dimensão estariam as crenças periféricas, ou seja, aquelas que, embora também tenham sido evocadas pelos participantes, não foram tão prontamente evocadas quando comparadas as do núcleo central. Neste quadrante estariam as palavras *Igualdade*, *Preconceito*, *Aceitação* e *Amor*. Este resultado aponta a existência de uma relação com as crenças centrais, desse modo, pode-se dizer que as crenças periféricas do segundo quadrante estariam em consonância com as que emergiram como crenças centrais.

Tratam-se de crenças que apontam uma concepção favorável acerca da população lésbica por parte dos participantes. Neste quadrante não há ocorrência de nenhuma crença contrária ao posicionamento favorável. Destaca-se apenas a palavra Preconceito, que pode vir a ter emergido com o sentido de percepção, por parte dos participantes, da existência de preconceito para com a homossexualidade feminina, não necessariamente significando a existência de preconceito por parte dos participantes.

O terceiro quadrante diz respeito à zona de contraste, que corresponde as palavras que também foram evocadas pelos participantes, porém apresentam pouca frequência. Tratam-se de crenças que possuem uma menor taxa de compartilhamento, porém, é importante destacar que, mesmo tendo menor compartilhamento, podem corresponder a elementos naturalizados por alguns participantes.

As palavras evocadas nesse quadrante foram: *Paciente*, *Complicação*, *Humanização*, *Impacto*, *Diálogo*, *Desvio*, *Modernidade*, *Atração*, *Pessoa*, *Gênero*, *Incomum*, *Carinho*, *Particularidade*, *Afinidade*, *Cuidado*, *Não Interfere no Caráter*. Evocações como *Paciente*, *Humanização*, *Diálogo*, *Pessoa*, *Gênero* e *Cuidado* podem ter proximidade com os aspectos preconizados pelo Ministério da Saúde por meio de políticas públicas de promoção da saúde sexual da população LGBTQ+, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQ+, que visa promover a humanização do atendimento e a qualificação da atenção em todos os níveis com o foco na promoção da saúde LGBTQ+. Contudo, não se pode considerar que esse fato isolado seria suficiente para a construção de crenças favoráveis frente a população lésbica.

O quarto e último quadrante, referente à análise prototípica do estímulo indutor *Lésbicas*, corresponde a terceira periferia. Este quadrante representa as crenças que possuem baixo compartilhamento entre os participantes, contudo Rokeach (1981) destaca que algumas crenças periféricas não necessitariam de consenso grupal para serem consideradas fortes e importantes e, assim, resistentes a mudanças. As palavras que se destacam nesse quadrante foram: *Desejo* e *Sexualidade*.

No caso das evocações *Desejo* e *Sexualidade* elas podem ter relação com a forma como alguns participantes perceberiam as expressões afetivo-sexuais de lésbicas, considerando-as como fruto do desejo e da constituição da sexualidade dessas mulheres. No entanto, percebe-se, no mesmo quadrante, evocações que, embora com menor compartilhamento, expressam posicionamentos contrários à população lésbica: *Errado*, *Machona* e *Anormal*. Tais evocações correspondem a crenças que vão de encontro ao que se espera de uma prática profissional livre de preconceitos e julgamentos. *Errado* e *Anormal* evidenciam a forma como lésbicas são percebidas por não assumirem comportamentos baseados na heteronormatividade instituída na sociedade.

A palavra *Machona* evidencia outro agravo que seria a marginalização das lésbicas com características que são socialmente associadas ao gênero masculino. Este fato corrobora os achados de Rodrigues (2011, p. 126) "a mulher lésbica é desviante não somente do padrão heterossexual, como também, mais desviante ainda ao apresentar trejeitos referidos como masculinos". Segundo Carvalho, Calderaro & Souza (2013), existiriam maiores dificuldades no campo da saúde para aquelas mulheres que possuem estereótipos masculinizados. Este fato poderia estar relacionado com a imagem que a sociedade construiu sobre a mulher que, dentro de um modelo heteronormativo, deve se apresentar feminina, de modo que qualquer mulher que não siga este padrão seria considerada desviante e passível de ser vítima de práticas discriminatórias.

4.3 Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas

O segundo estímulo indutor foi Saúde Sexual de Lésbicas, que evocou 41 palavras. A análise de similitude apontou a existência de sete núcleos, onde o núcleo com maior centralidade foi representado pela evocação *Cuidado*.

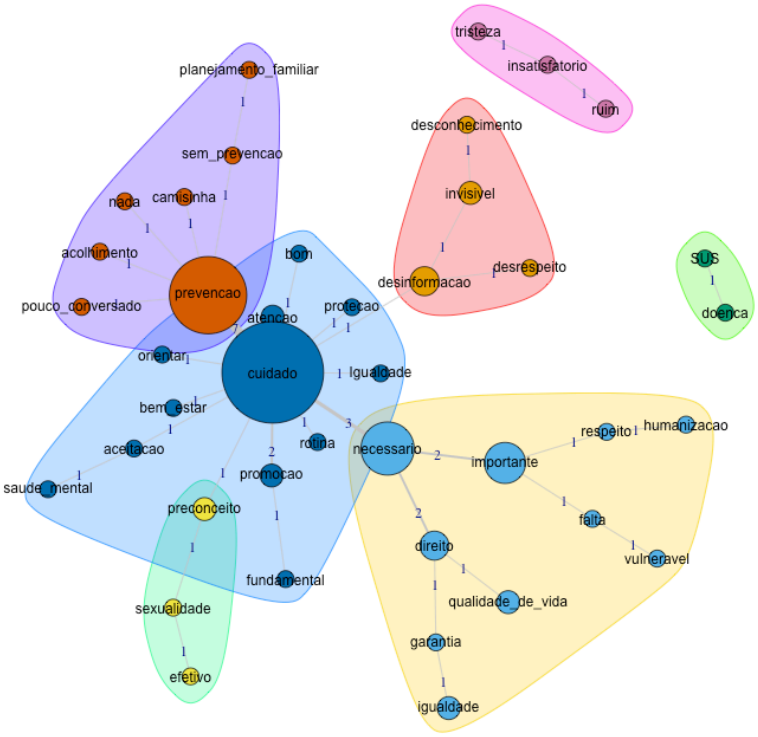


Figura 3. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas.

O núcleo central representado pela evocação *Cuidado* co-ocorreu com outros núcleos representados pelas evocações *Prevenção*, *Necessário, Desinformação e Preconceito*, fato que reforça a ideia de que existira a crença, entre alguns participantes, de que o cuidado na saúde sexual de lésbicas é necessário e deve ocorrer de forma a tornar possível a prevenção das doenças, embora seja ainda um tema que possui grande desconhecimento em decorrência da desinformação e do preconceito.

Trata-se de um resultado interessante, visto que, segundo um estudo realizado por Pinto (2004), junto a mulheres lésbicas e bissexuais, foi identificado que, embora 49% das usuárias dos serviços públicos de saúde entrevistadas tenham revelado sua condição homossexual durante a consulta ginecológica, 43,7% dos profissionais mantiveram atitude de naturalidade, 5% reagiram com surpresa, 29,6% não deram atenção ao fato e 21,1% tiveram reações negativas para com a usuária. Ou seja, o resultado alcançado no presente estudo em relação às crenças dos participantes sobre a saúde sexual das lésbicas, seria um dado novo, que pode apontar para uma mudança na preocupação dos profissionais com a promoção e o cuidado da saúde sexual das usuárias lésbicas.

Co-ocorrendo com o núcleo representado pela evocação *Cuidado*, percebe-se a existência de outros núcleos representados por evocações como *Desinformação* e *Preconceito*. Logo, infere-se que para alguns participantes existe a crença na ausência de conhecimento sobre a incidência de doenças e desconhecimento de meios específicos de prevenção. Segundo Melo (2010), em relação a questão do preparo profissional, ocorre uma quase inexistência de formação técnica específica em torno da temática saúde LGBTQ+, fato que traz consequências em suas práticas profissionais. Neste sentido, cabe a reflexão sobre como a saúde sexual da população LGBTQ+ está (ou não) sendo abordada nos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Percebe-se a importância de que órgãos como os ministérios da saúde e da educação, conjuntamente, tracem estratégias para o oferecimento de conteúdos, seja mediante alteração de bases curriculares para o oferecimento de disciplinas sobre o tema, ou pela elaboração de palestras ou outras ferramentas que abordem a promoção da saúde sexual das minorias sexuais. Além disso, cabe ressaltar a necessidade de que também sejam elaboradas estratégias para a capacitação daqueles profissionais que já estão atuando nos serviços.

Em relação a análise prototípica percebe-se que o primeiro quadrante é composto por evocações semelhantes àquelas que compõem a análise de similitude: *Prevenção*, *Necessário*, *Importante* e *Direto*.

Figura 4. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 2 – Saúde Sexual de Lésbicas.

Evidencia-se a presença de palavras mais prontamente evocadas que acentuam o compartilhamento da crença da promoção do cuidado da saúde sexual de lésbicas enquanto algo necessário, importante e de direito. Assim, esse dado pode indicar a manutenção de um consenso grupal entre a maioria dos participantes sobre a saúde sexual das lésbicas enquanto um elemento necessário, de grande importância, representando um direito.

De fato, como salienta a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, a saúde é um direito social, de modo que para sua concretização, a própria Constituição Federal Brasileira dedicou à saúde um desenho bem arquitetado ao integrá-la ao Sistema de Seguridade Social (MS, 2013). O próprio SUS possui como uma de suas diretrizes o princípio da universalidade do acesso, compreendido como o "acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (MS, 2013, p. 19). Neste sentido, as crenças centrais dos participantes aparentam estar em acordo com os princípios norteadores do

SUS bem como com as diretrizes que compõem a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2013).

No segundo quadrante, observa-se a presença de duas evocações periféricas: *Cuidado* e *Desinformação*, sendo *Cuidado* aquela com a maior quantidade de evocações. Infere-se que a palavra *Cuidado* pode estar fazendo menção a crença de que a saúde sexual de lésbicas é algo que se concretizaria através do cuidado na prática das vivências sexuais. Neste caso, pode indicar a forma como os participantes percebem que as lésbicas experienciam suas relações, ao mesmo tempo, como elas se preocupariam com elementos como prevenção às IST's, higiene, entre outros.

A palavra *Desinformação,* embora aparecendo com um valor baixo de evocações, pode expressar a crença dos participantes sobre a ausência de informações que possam orientar de forma correta sobre a saúde sexual de lésbicas.

O terceiro quadrante apresentou evocações como *Promoção* e *Igualdade*. Aqui verifica-se crenças que se relacionam com o primeiro quadrante, justamente por compartilharem ideias próximas, e por também estarem em acordo com os princípios norteadores do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2013).

O quarto quadrante da análise prototípica do estímulo 2 é composto por palavras como *Qualidade de Vida*, *Preconceito*, *Atenção*. Mesmo que não haja um consenso entre os participante em relação as evocações do quarto quadrante, infere-se que a evocação *Qualidade de Vida* emergiu devido a alguns participantes terem a crença de que a Saúde Sexual de Lésbicas proporcionaria maior qualidade de vida para essas mulheres, fato também evidenciado pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2013).

Segundo Freitas (2016) a vivência da saúde sexual é um fator importante para a garantia da qualidade de vida dos indivíduos. Já a evocação *Preconceito* pode ter emergido entre os participantes novamente com o sentido de crença na existência de preconceito para com a homossexualidade feminina, fato que poderia interferir na saúde sexual das lésbicas. Contudo, não é possível definir se o preconceito evocado pelos participantes se materializa no âmbito dos serviços de saúde ou na sociedade no geral. Quanto a palavra *Atenção*, esta pode significar que para alguns participantes, a saúde sexual das lésbicas é algo que necessita de atenção. Infere-se que a atenção evocada tanto pode dizer respeito as próprias lésbicas, quanto ao Estado.

4.4 Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas

O terceiro estímulo indutor foi Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas, que evocou 45 palavras diferentes. A análise de similitude apontou a existência de onze núcleos, cujo o núcleo com maior centralidade foi representado pela evocação *Risco*. Este núcleo co-ocorreu a outros de maneira muito forte, representados pelas evocações *DST* e *Doenças*.

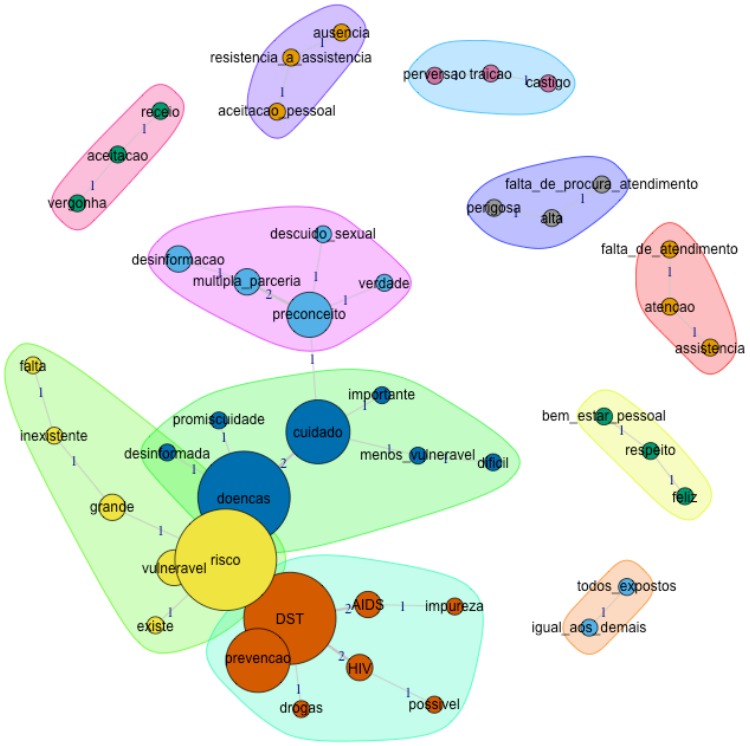


Figura 5. Análise de Similitude do Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas.

O núcleo central representado pela evocação *Risco* associado às evocações *DST* e *Doenças* pode estar apontando, inicialmente, para a crença de que, para parte dos participantes, haveria o risco, nas práticas sexuais entre mulheres, de que possa ocorrer a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Segundo Almeida (2009), as práticas sexuais desprotegidas realizadas com maior intensidade podem vir a provocar ferimentos na região genital em decorrência da fricção entre os genitais, além disso, a autora destaca que a ocorrência de partilha de acessórios como vibradores, dildos ou plugues, sem a correta higienização ou sem que ocorra a troca dos preservativos usados, podem também funcionar como práticas que aumentam o risco às IST's.

Porém, diante do presente resultado, pode-se inferir que a noção da existência da percepção do risco pode ser considerada contraditória ao se analisarem as queixas das próprias lésbicas de que não recebem nenhum tipo de orientação específica para prevenção às IST's compatível com suas práticas sexuais. Questiona-se então o motivo que justificaria essa situação de negligência por parte dos profissionais em não oferecer informações adequadas, visto que, supostamente, estes consideram que o risco de transmissão de IST's também é real para a população lésbica. Neste ponto, supõe-se que, talvez, a evocação *Risco* possa ter relação com a noção de grupo de risco, conceito já superado pela concepção de vulnerabilidade (Ayres, Paiva & França Jr., 2012).

A noção de grupo de risco data da década de 1980, tendo seu auge a partir da eclosão da Aids no mundo (Ayres, Paiva & França Jr., 2012). Diz respeito a uma ideia concreta que se assemelha a uma identidade social que considera a existência de grupos com maior suscetibilidade para o adoecimento a determinadas doenças. Contudo, como destacam Ayres, Paiva & França Jr., (2012) esta ideia acabou acirrando preconceitos e discriminação e tornou ainda mais difícil a situação social e clínica das pessoas que eram incluídas nos grupos de risco. Segundo Ayres, Paiva & França Jr., (2012) a ideia de grupo de risco se mostra limitada e prejudicial as pessoas, visto que as IST's estão disseminadas em todo o mundo, de modo que o processo de exposição, infecção e adoecimento pode assumir diferentes grupos sociais e diferentes formas.

Desse modo, considerar que lésbicas pertencem a um grupo de risco é algo que poderia vir a reforçar situações de estigma contra esta população, fenômeno que já ocorre com os grupos dos homossexuais masculinos e Homens que fazem sexo com homens (HsH) e que como consequência, lhes colocam em situações de exclusão, a exemplo do impedimento autorizado pelo Ministério da Saúde e pela Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para doação de sangue por homens que mantiveram relação sexual com outro homem nos últimos 12 meses anteriores a data da doação, mesmo se esses estiverem em um relacionamento estável e monogâmico (MS, 2004).

Co-ocorrendo com o núcleo representado pela evocação *Risc*o emergiram núcleo representados pelas evocações *DST* e *Doenças*. Aqui supõe-se que os participantes manifestam a crença de que as Doenças Sexualmente Transmissíveis expressam e concretizam o quadro da vulnerabilidade na saúde sexual de lésbicas. Uma observação relevante a ser feita é que mesmo diante da mudança de nomenclatura do termo DST para IST, alterando a palavra Doença para Infecção realizada no ano de 2016 pelo ainda denominado Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST's, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, os profissionais

continuaram expressando o termo antigo. Atribui-se este fato a possível falta de conhecimento acerca da alteração, tendo em vista o pouco tempo decorrido da alteração do termo, e da possível não atualização da nomenclatura nos materiais e campanhas que os profissionais pesquisados tiveram contato.

Outro ponto que merece destaque é o conhecimento por parte dos participantes de que a vulnerabilidade às IST's também ocorre na população lésbica, e isso se evidencia com a ocorrência da palavra *Vulnerável*, que também emergiu próxima ao núcleo central *Risco*. Segundo Carvalho (2013), a maioria dos profissionais de saúde está imerso em mitos sobre a saúde sexual das lésbicas, acreditando que elas não correriam risco de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis, ou que pelo menos sua incidência é muito menor se comparada a relações bissexuais ou heterossexuais. A não orientação sobre sexo seguro ou oferecimento de exames preventivos é reflexo desse mesmo mito. Contudo, para a amostra pesquisada parece existir o conhecimento de que as lésbicas não estariam imunes às IST's. Assim, infere-se a existência de uma possível mudança de crenças, que pode ter relação com a influência de campanhas, materiais ou informativos que os profissionais tiveram contato, ou talvez através da própria experiência de lidar com as demandas deste grupo no exercício da profissão.

Outro núcleo que, embora não esteja co-ocorrendo com o núcleo central, emergiu na análise foi composto pelas evocações *Preconceito*, *Múltipla Parceria*, *Desinformação*, *Descuido Sexual* e *Verdade*. As palavras *Múltipla parceria*, *Desinformação*, *Descuido Sexual* podem apontar a existência de uma crença que, de certa forma, culpabilizaria as lésbicas no quadro dos agravos a vulnerabilidade na saúde sexual.

De fato, segundo Pinto (2004) a múltipla parceria pode representar um agravo para saúde sexual das lésbicas, constituindo um agravo de cunho individual. Contudo, a desinformação e o descuido sexual possuem maior relação com iniquidade de cunho programático. Ou seja, possivelmente a desinformação decorrente da falta de orientação profissional, ou de intervenção do Estado por meio de campanhas de orientação, que pode levar a situações de descuido por parte dessas mulheres, não estando estas necessariamente numa posição de controle sobre as condições. Assim, considera-se que não deva ser atribuída às lésbicas a responsabilização por aquilo que elas desconhecem, ou que deveria ser ensinando a elas, mas que é omitido.

Merece atenção também um núcleo que emergiu em oposição, que embora seja de menor representatividade, chamou atenção pelo teor das evocações que o compõe: *Perversão*, *Traição* e *Castigo*. As palavras *Perversão* e *Castigo* denotam uma crença baseada em dogmas religiosos por parte dos participantes. Assim, infere-se que, para alguns participantes, as

situações de Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas podem ser resultado de uma vida de perversão ou até mesmo resultado de castigo em decorrência das práticas homossexuais irem de encontro aos ensinamentos religiosos.

Trata-se de uma crença que, segundo Mesquita & Perucchi (2016) mescla discursos sobre a homossexualidade permeados por dogmas religiosos, "científicos", entre outros, porém hierarquizando as sexualidades e desqualificando a homossexualidade. Para estes autores, a concepção de homossexualidade sustentada por algumas religiões tradicionais e conservadoras se baseia em torno do pecado e são utilizadas explicações que buscam ser racionais e lógicas, a partir da teologia.

No mesmo núcleo, a palavra *Traição* também emergiu. Infere-se que ela pode estar indicando a crença de que a traição seria um fator de agravo para o aumento da Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas. No estudo de Lima (2016) surgiu resultado semelhante em relação a fidelidade entre mulheres. Nesse estudo, para algumas participantes, a confiança na fidelidade presumida da parceira apareceu como um fator de proteção às IST's, e a infidelidade como de fato um agravante.

Mais um núcleo que merece destaque é o formado pelas evocações *Aceitação Pessoal*, *Resistência a Assistência* e *Ausência*. Infere-se que este núcleo apresente crenças que atribuem às lésbicas a culpa pelo aumento da vulnerabilidade na saúde sexual, justamente por passar a ideia de que elas possuem relutância em buscar assistência médica, possivelmente por dificuldade de aceitação com sua orientação sexual. No entanto, Lima (2016) demonstrou que todas as participantes de seu estudo costumam buscar os serviços de atenção à saúde, além do mais a maioria destacou que já tinham revelado aos profissionais sua orientação sexual.

Contudo, este resultado não pode ser generalizado, visto que, segundo Barbosa e Facchini (2004), para algumas lésbicas, a ida ao ginecologista é vista uma exposição de comportamentos que são socialmente desvalorizados, e que por isso possuem receio de não serem "aceitas" pelo profissional, assim muitas mulheres evitariam a ida o serviço de saúde, o fazendo geralmente quando identificam alguma possível doença já manifesta, e em muitos casos, quando buscam os serviços, não revelam sua orientação sexual (Granado, 1998; Coelho, 2001; Roberts, Patsdaughter, Grindel & Tarmina, 2004; Pinto, 2004; Granado, 2008; Facchini & Barbosa, 2006; Knauth, & Meinerz, 2009).

Em relação à análise prototípica, percebe-se que no primeiro quadrante destacam-se as palavras: *Risco* e *Doenças*.

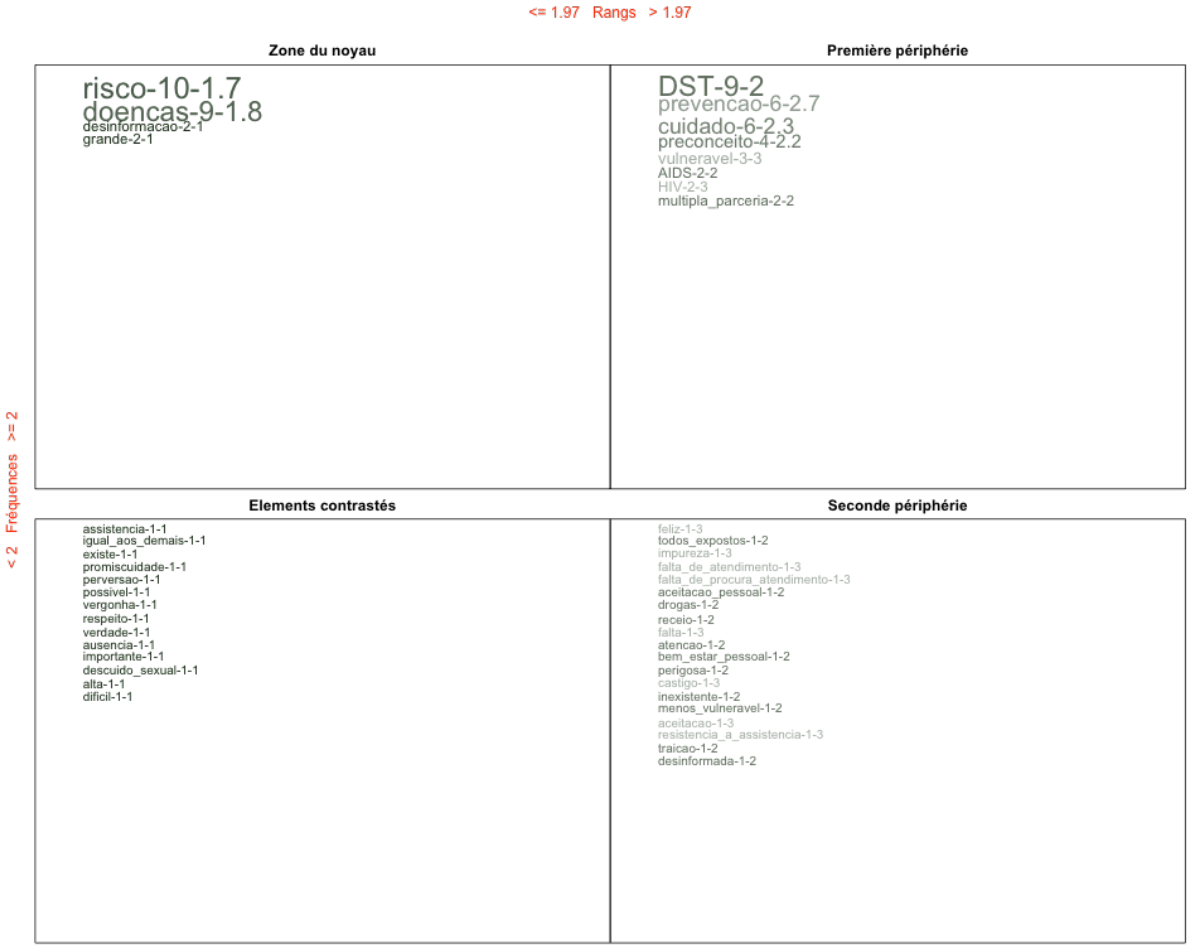


Figura 6. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 3 – Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas.

As evocações *Risco* e *Doenças* emergiram como centrais e com maior ocorrência entre os participantes. Ou seja, esse resultado reforça a hipótese de que haveria a crença, por parte dos participantes, da existência de risco para a transmissão de IST's nas práticas sexuais entre mulheres. Ao mesmo tempo, este dado também reforça a suposição de que talvez, para os participantes, a palavra *Risco* possa ter relação com a crença de existência de grupo de risco ao qual acreditam que as lésbicas fariam parte, como anteriormente discutido.

O segundo quadrante apresentou maiores frequências de evocação nas palavras *DST*, *Prevenção* e *Cuidado*. Infere-se que semelhante ao que emergiu no estímulo 2 – Saúde Sexual de Lésbicas –, estas palavras estariam reforçando a crença dos participantes sobre os modos como as lésbicas experienciam suas relações, ao mesmo tempo, poderia também indicar que os participantes consideram a necessidade de que sejam tomados cuidados, nas práticas sexuais dessas mulheres, para que ocorra a prevenção às infecções sexualmente transmissíveis.

No terceiro quadrante, que compõe a terceira periferia, destacam-se os seguintes elementos: *Assistência*, *Igual aos demais*, *Existe* e *Promiscuidade*. A evocação *Assistência* aparentemente pode revelar a crença de que para os profissionais existiria assistência preventiva que tornaria possível evitar os agravos no quadro da Vulnerabilidade a Saúde Sexual de Lésbicas. Além disso, a expressão emergida *Igual aos demais* pode estar indicando que os profissionais consideram que lésbicas são pessoas iguais as demais mulheres, ou seja, a sexualidade homossexual não as diferenciaria de outras mulheres. Contudo, esse resultado pode apontar um agravante para situação de vulnerabilidade, visto que, poderia também significar que, para os profissionais participantes, as lésbicas devem receber os mesmos cuidados que as demais mulheres, no entanto, essa crença desconsidera as demandas e especificidades inerentes à essa população.

A palavra *Promiscuidade* pode estar indicando que para uma parte dos profissionais pesquisados, existiria a crença de que as situações de vulnerabilidade em saúde sexual das lésbicas poderiam estar associadas a comportamentos considerados promíscuos. Este achado é interessante visto que vai de encontro com a percepção das próprias lésbicas, que atribuem apenas aos homens (heterossexuais ou homossexuais) o status de promiscuidade e infidelidade, o que de certa forma ajudaria a sustentar o mito da falsa crença na imunidade do "corpo lésbico" (Almeida, 2005).

No quarto e último quadrante destacam-se palavras como *Todos expostos*, *Drogas*, *Menos Vulnerável*. Acredita-se que em relação a expressão *Todos Expostos* alguns participantes estariam expressando a crença de que todos os indivíduos, independente de orientação sexual, poderiam se expor a situações de vulnerabilidade. Este pensamento está de acordo com o conceito de vulnerabilidade em saúde proposto por Ayres, Paiva & França Jr., (2012), que considera que todos os indivíduos podem estar, em maior ou menor grau, expostos ao adoecimento.

Contudo, essa ideia entra em desacordo com crenças que emergiram anteriormente e que podem estar considerando as lésbicas enquanto grupo de risco por serem supostamente promíscuas. No entanto, como tratam-se de evocações pertencentes ao terceiro e quarto quadrantes, não seria possível afirmar que tais crenças seriam fortemente compartilhadas, já que apresentam baixa frequência de evocação entre os participantes.

Porém, é importante destacar que segundo Rokeach (1981), embora possuindo baixo compartilhamento entre os participantes, crenças periféricas podem ser consideradas fortes e importantes. Assim, infere-se que para os indivíduos que a evocaram, esta crença pode ser de maior importância e representatividade.

A palavra *Drogas* pode indicar a crença acerca do comportamento de risco. Ou seja, infere-se que na visão de alguns participantes, o uso de drogas poderia ser considerado como fator que influenciaria no agravamento do quadro da vulnerabilidade em saúde sexual das lésbicas. Almeida (2009) já destacou essa possibilidade, ao afirmar que, o uso de drogas lícitas ou ilícitas aumentaria a propensão a práticas sexuais de risco, por exemplo, por força de alterações no estado de consciência.

Em relação à expressão *Menos Vulnerável* infere-se que possivelmente alguns participantes consideram que as lésbicas são menos vulneráveis às IST's se comparadas a outras populações, a exemplo dos homossexuais masculinos. Essa crença corresponde a um mito que ainda persiste na sociedade, principalmente na medicina e, até mesmo, entre as próprias lésbicas. Trata-se de um fator responsável pela manutenção da invisibilidade das lésbicas no campo da saúde (Lima, 2016).

Historicamente, verifica-se que a ênfase que a epidemia da Aids atribuiu apenas às práticas homossexuais masculinas como alvo de transmissão do vírus HIV, durante a década de 1980, foi o principal motivo que contribuiu para o incremento posterior do mito de uma possível existência de baixa vulnerabilidade entre as lésbicas. Desse modo, como destaca Almeida (2009), passou-se a acreditar que lésbicas, por se relacionarem apenas entre mulheres, teriam uma proteção à infecção pela via sexual, já que pensavam serem os corpos masculinos os vetores da infecção.

Alguns estudos (Granado, 1998; Pinto, 2004; Rodrigues, 2011) já comprovaram que essa crença é uma falácia e não corresponde à realidade. Infere-se que, no caso dos participantes do presente estudo, essa crença tenha alguma relação com o desconhecimento, durante suas práticas de trabalho de usuárias lésbicas que tenham adquirido alguma IST em relações afetivo-sexuais unicamente com mulheres. Daí, cabe o questionamento: se a informação não existe por que seriam essas mulheres realmente menos vulneráveis às IST's, ou porque estaria ocorrendo a subnotificação dos casos?

Como destaca Almeida (2009), podem ocorrer situações em que as usuárias seriam classificadas nas unidades de saúde a partir da categoria "sexo" e não da "orientação sexual", de modo que se a usuária não revelar sua orientação haveria a previsão impositiva de uma orientação heterossexual, o que faz com na notificação dos casos de IST's estas não sejam percebidas enquanto lésbicas. Assim, o desconhecimento dos casos não implicaria na inexistência da vulnerabilidade.

4.5 Estímulo Indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas

O quarto e último estímulo indutor foi Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas, que evocou 46 palavras. A análise de similitude apontou a existência de sete núcleos, cujo o núcleo com maior centralidade foi representado pela evocação *Uso de Preservativo*. Este núcleo co-ocorreu com os demais núcleos representados pelas evocações *Exames*, *Teste Rápido* e *Orientação*.

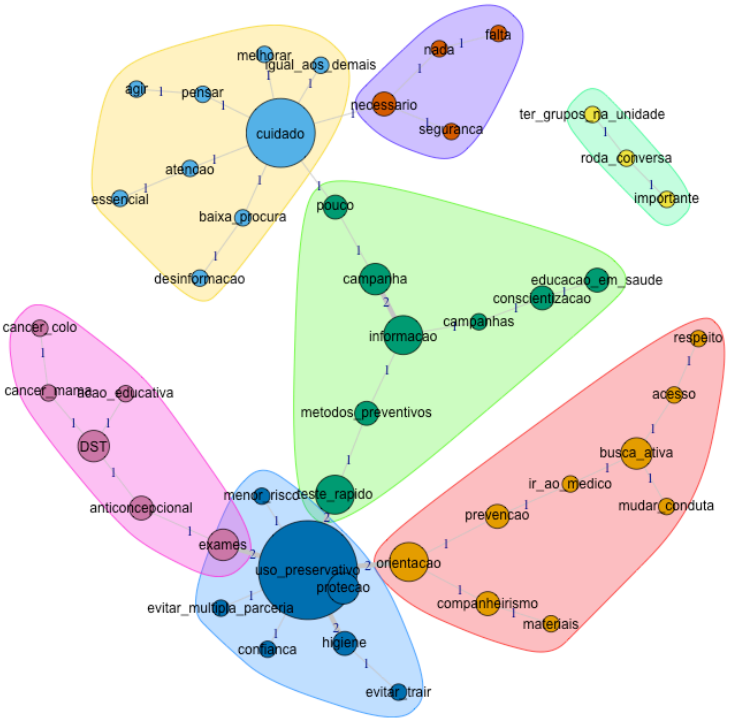


Figura 7. Análise de similitude do estímulo indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas.

Observa-se que para maioria dos participantes o *Uso do Preservativo* foi a expressão mais evocada em relação a prevenção da saúde sexual de lésbicas, co-ocorrendo com *Exames*, *Teste Rápido* e *Orientação*. Assim, infere-se que, para a maior parte dos participantes, existiria a crença de que o uso de preservativo, associado a realização de exames, como o próprio teste rápido, seriam formas possíveis de prevenção às IST's em lésbicas. Contudo, segundo Lima (2016) uma das principais queixas das próprias lésbicas é a falta de métodos elaborados especificamente para o sexo seguro entre mulheres que respeite a anatomia dos seus corpos, suas práticas e a erotização envolvida na prática sexual.

O autor destaca que parece existir um desinteresse por parte das empresas ou do próprio Estado em desenvolver e produzir métodos, estudos e novas tecnologias eficazes e direcionados

a prevenção de IST's nas práticas sexuais entre lésbicas. Assim, enquanto não são disponibilizados insumos específicos, estas mulheres necessitam adaptar aqueles existentes, ou até mesmo modificar posições e práticas nas suas relações sexuais com o intuito de se prevenirem das IST's. Não é por acaso que muitas lésbicas abrem mão do uso das adaptações de insumos e passam a utilizar outros métodos para prevenção, como a fidelidade presumida da parceira, remetendo a ideia da existência do amor romântico.

Em relação a considerar a realização de *Exames* como forma de prevenção às IST's, destaca-se que, embora os exames possam prevenir algumas complicações que por ventura intervenham na saúde sexual das lésbicas, a exemplo dos exames preventivos de cânceres de mama e de colo do útero, aqueles voltadas para detecção de IST's vão indicar a presença ou não da infecção, oferecendo àquelas pessoas que forem acometidas pelas IST's a possibilidade de conhecimento de seu quadro para que possam buscar auxílio médico e tratamento adequado. No entanto, os exames não irão atuar como barreiras às infecções. A prevenção, por exemplo, pelo uso de insumos adequados nas relações sexuais, é que atuaria como barreira contra as infecções.

Uma outra palavra, que embora não seja central, merece ser destacada, é *Anticoncepcional*. Acredita-se que alguns participantes evocaram essa palavra com o intuito de destacar a crença do uso de anticoncepcional como forma possível das lésbicas evitarem às IST's. Neste sentido, com exceção do preservativo, que atua como método contraceptivo e ao mesmo como barreira às IST's, os demais anticoncepcionais não ofereceriam qualquer forma de proteção às infecções, visto que, sua principal função, como o próprio nome sugere, é evitar a concepção, ou seja, a gravidez. Pode-se dizer que, entre as mulheres que fazem sexo unicamente com mulheres, a preocupação com risco de gravidez indesejada é praticamente inexistente.

Em estudos realizados com lésbicas sobre saúde sexual e prevenção às IST's (Lima, 2016; Pinto 2004) foi destacada a inexistência de preocupação com concepção e com o uso de anticoncepcionais nas relações unicamente entre mulheres. Infere-se que a evocação desta palavra tenha relação com a crença do corpo feminino ser destinado à maternidade (Rohden, 2009). Trata-se de um pensamento ultrapassado, baseado em um modelo machista e patriarcal [9]de sociedade em que a função da mulher seria de ser mãe, dona de casa e esposa (Barbosa,

[9] Inicialmente, o conceito de patriarcado foi utilizado para designar um regime de organização familiar, onde o pai, considerado o chefe, tinha poder irrestrito sobre todos os demais membros da família. Na literatura feminista ocorre a ressignificação do conceito, passando a ser considerado como a existência de relações de poder desiguais entre homens e mulheres, estando a mulher, no sistema patriarcal, em posição submissa ao homem (Almeida, 2010).

Nascimento, Carvalho & Cavalcante, 2014).

Considera-se também a possibilidade de que os participantes que evocaram essa palavra poderiam tê-lo feito por puro automatismo das suas práticas profissionais, ou talvez por partirem de uma heterossexualidade presumida das usuárias. Com isso, pode-se inferir a falta de conhecimento e preparo técnico desses profissionais em lidar com as demandas da população lésbica.

Na análise prototípica realizada com o estímulo *Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas* destacaram-se, no primeiro quadrante, as palavras: *Uso de Preservativo*, *Informação* e *Busca Ativa* e *Proteção*.

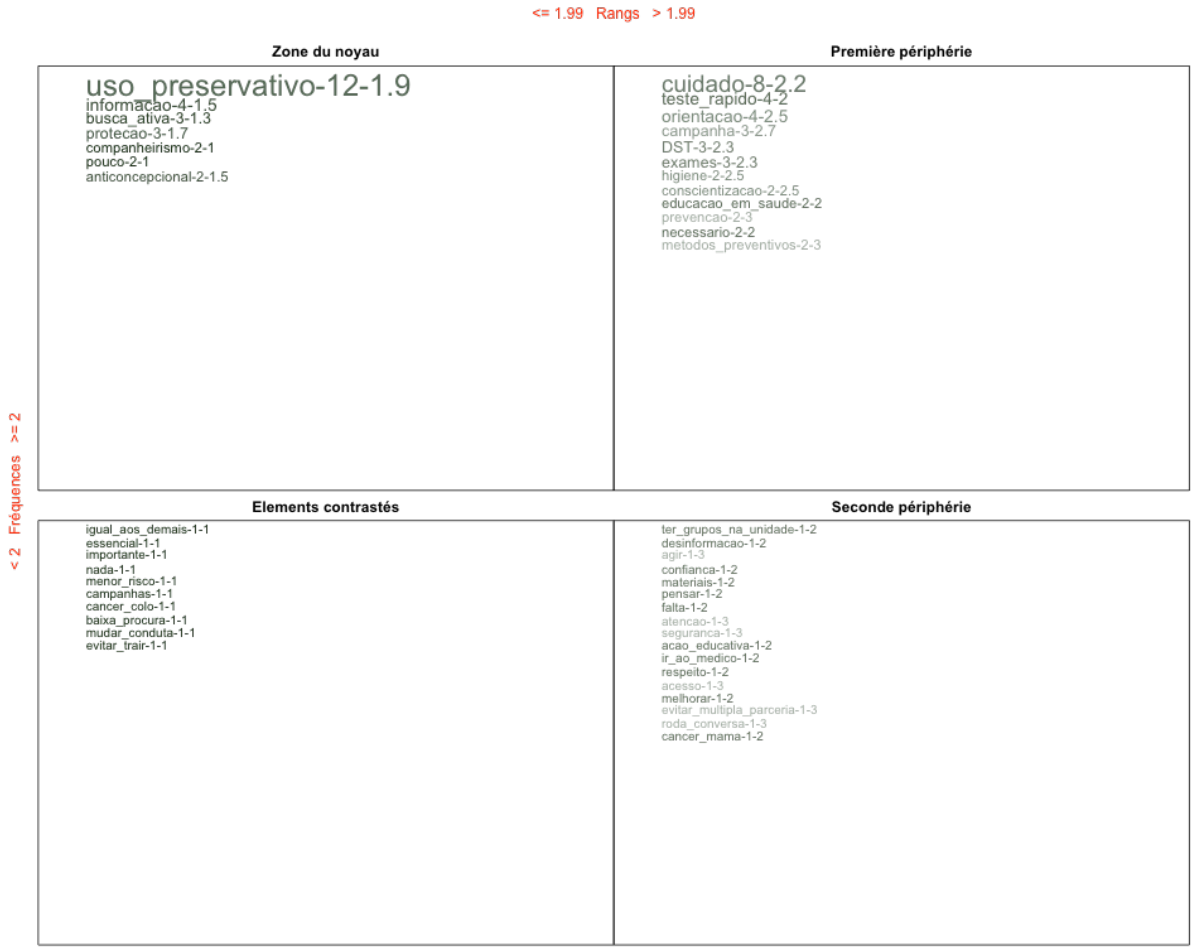


Figura 8. Análise Prototípica do Estímulo Indutor 4 – Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas.

A evocação *Uso de Preservativo* reforça o achado anterior da análise de similitude, ou seja, para maior parte dos participantes parece existir a crença central da necessidade de que as lésbicas façam o uso de preservativo como meio preventivo às IST's. Contudo, como já destacado, a adesão ao uso de preservativo na relação entre mulheres perpassa elementos como

a própria inexistência de insumos específicos para suas práticas sexuais, sendo necessária a utilização de adaptações ou produtos que não foram desenvolvidos com foco ou ao menos com disponibilidade de servir de maneira confortável e adequada às relações sexuais entre mulheres (Lima, 2016).

As evocações *Informação, Busca Ativa* e *Proteção* também emergiram nas respostas. Infere-se que, para parte dos participantes, existiria a crença de que a forma possível de prevenção às IST's em lésbicas seria a busca por informações sobre prevenção. Contudo, indaga-se quais seriam as fontes de informação que, para os participantes, as lésbicas deviam buscar para obter informações adequadas. Neste sentido, estaria relacionada a esta palavra uma outra também evocada pelos participantes: *Busca Ativa*. Supõe-se que, para os participantes, a busca ativa por informação, que poderia por exemplo ser disponibilizada pelos próprios profissionais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde, também serviria como elemento que favoreceria a prevenção às IST's. No entanto, segundo Barbosa e Facchini (2009) em muitos casos, mesmo os profissionais de saúde tendo o conhecimento sobre a orientação sexual das mulheres, não ofereceriam nenhum tipo orientação sobre prevenção, o que desencadearia o sentimento de frustração nas mulheres que, na maioria das vezes, mantêm a expectativa de que lhes fossem dadas orientações ou que ao menos os profissionais não ignorassem suas especificidades.

No segundo quadrante da análise prototípica destacaram-se as palavras: *Cuidado*, *Teste Rápido*. A palavra *Cuidado* pode estar representando a crença de que para parte dos participantes uma forma possível de prevenção às IST's em lésbicas seria a existência de cuidado. Não se pode definir exatamente a que tipo de cuidado os participantes se referem, nem como o cuidado poderia se materializar na prevenção às IST's porém, é possível inferir que possivelmente o cuidado evocado tenha o sentido exposição às situações de maior vulnerabilidade.

A evocação *Teste-Rápido* estaria relacionada com a evocação *Exame*, que corresponde ao achado anterior na análise de similitude deste mesmo estímulo indutor. Assim, reforça-se que os exames, como o teste-rápido, indicam a presença ou não da infecção, sem atuar como barreira às infecções, logo não seria uma forma de prevenção adequada, visto tratar-se de diagnóstico usualmente realizados posteriormente às situações de vulnerabilidade.

No terceiro quadrante, destacam-se as evocações *Igual aos demais*, *Essencial Importante*. Aqui, infere-se que, para alguns participantes, a prevenção na saúde sexual das lésbicas deveria ocorrer de forma igual às demais pessoas. Embora em parte essa crença possa ser considerada correta, há necessidade de que sejam feitas algumas ressalvas.

Não há como a prevenção às IST's em lésbicas ocorrer da mesma forma que, por exemplo, nas relações afetivo-sexuais heterossexuais ou entre HsH pelo fato da não existência de insumos específicos para a prevenção de IST's para a população lésbica. O que existem são adaptações de insumos elaborados para a prática do sexo com penetração pênis-vagina ou pênis-ânus, ou seja, que originalmente não foram criados para serem utilizados, também, nas práticas sexuais entre mulheres. Assim, enquanto não forem elaborados e disponibilizados insumos específicos, que levem em consideração suas práticas sexuais e anatomia, não é possível dizer que a prevenção ocorre da mesma forma do que em outras populações.

Chama-se atenção para uma evocação que emergiu também no terceiro quadrante, denominada de *Evitar Trair*. Esta expressão pode estar revelando a crença de que, para alguns participantes, uma forma de prevenção às IST's entre lésbicas seria a manutenção da fidelidade.

Neste sentido, esta crença reforçaria a ideia de que a traição seria um fator de agravo para o aumento da Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas. Assim, uma forma de prevenção que alguns participantes consideraram válida para evitar que as lésbicas se exponham a situações de vulnerabilidade seria evitar trair, ou seja, ser fiel. Este fato também corrobora os achados de Lima (2016), onde foi identificado que para as próprias lésbicas a fidelidade seria um fator de proteção às IST's.

No quarto quadrante destacaram-se palavras como *Confiança*, *Segurança*, *Respeito* e *Evitar Múltipla Parceria*. Todas essas palavras parecem reforçar a crença anterior acerca da fidelidade como forma de prevenção às IST's. Infere-se que para parte dos participantes do presente estudo a confiança, segurança e respeito seriam condicionantes para que lésbicas pudessem se prevenir às IST's.

5. Considerações Finais

O presente estudo objetivou identificar e analisar as crenças de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

Desse modo, os resultados demonstram a existência de diferentes crenças de profissionais de saúde acerca das relações afetivo-sexuais entre lésbicas, bem como crenças sobre prevenção e determinantes de vulnerabilidade para esta população.

A percepção que parte dos profissionais possuem acerca das lésbicas apresentou-se de forma bastante positiva, visto que, nos resultados, emergiram crenças com maior compartilhamento que em sua maioria respeitaram a dignidade e o direito das lésbicas de

expressarem sua sexualidade. Contudo, é preocupante verificar a existência, mesmo que com menor evocação e menor compartilhamento, de algumas crenças contrárias advindas de profissionais de saúde que deveriam estar isentos de julgamentos e críticas, principalmente pelo fato de diariamente terem que prestar atendimento para usuárias que são alvo de seus julgamentos.

Questiona-se até que ponto os prejulgamentos e crenças contrárias podem se manter no plano subjetivo e individual do profissional até chegar a afetar o atendimento prestado por esses profissionais, e o quanto isso poderia impactar negativamente para o cuidado em saúde sexual das usuárias atendidas por estes profissionais contrários as suas vivências e expressões de sexualidade.

Crenças que emergiram no estudo, e que associam a vulnerabilidade às IST's como uma forma de castigo contra a homossexualidade feminina, já demonstram o quanto os elementos individuais podem vir a refletir na prática profissional daqueles que internalizaram essas crenças. Outros participantes, embora não tenham indicado possuírem crenças envoltas em dogmas, preconceitos e discriminação, apontaram um total desconhecimento sobre o como ocorreria a promoção e o cuidado em saúde para a população lésbica.

Alguns participantes atribuíram às próprias lésbicas a culpa por estarem em determinadas situações de maior vulnerabilidade. Estes profissionais isentam a responsabilidade do Estado, e ao mesmo tempo se isentam da obrigação de prestarem atendimento adequado e que atenda às demandas desta população.

A relutância das lésbicas na busca por serviços de saúde, apontada por alguns profissionais como agravante de vulnerabilidade, na verdade, não deveria ser percebido unicamente como um fator de dimensão individual, visto que, diferentes estudos já demonstraram que as usuárias vivenciam tensões, medos, e relutância pela busca dos atendimentos em saúde, por receio de sofrerem preconceito e discriminação nos serviços de saúde. Fica claro, neste ponto, a interconexão de fatores individuais, sociais e programáticos atuando como agentes de agravo para a situação de vulnerabilidade na população lésbica.

Neste sentido, acredita-se que o objetivo principal do estudo de realizar a identificação e análise de crenças dos profissionais de saúde tenha sido alcançando. Contudo, a partir desse estudo, novas indagações se fazem presentes, como por exemplo, o questionamento de como tais crenças poderiam influenciar nas atitudes dos profissionais para com as usuárias lésbicas durante a efetivação da prática profissional dos mesmos. Desse modo, buscar-se-á respostas para essa indagação no estudo sobre a investigação e análise de atitudes disposto no capítulo seguinte.

Referências

Almeida, G. S. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=en&tlng=pt.

Almeida, J. P. (2010). As Multifaces do Patriarcado: Uma análise das relações de gênero nas famílias homoafetivas. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Serviço Social. Departamento de Serviço Social. Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE. Recuperado de: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9412/1/arquivo332_1.pdf.

Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: Da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. 1. Da doença à cidadania*. pp. 73-93. Curitiba, PR: Juruá.

Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a Cuidados Relativos à Saúde Sexual entre Mulheres que fazem Sexo com Mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Supl.2), 291-300. Recuperado em 09 dezembro, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2009001400011.

Berlant, L., Warner, M. (2002) Sexo em Público. Em: R. M. M. Jiménez (Org). *Sexualidades Transgressoras* (pp. 229-257). Barcelona: Içaria.

Buenting, J. A. (1992). Health Life-styles of Lesbian and Heterosexual Women. *Health Care for Women International*, 13, 165-171.

Carvalho, V. A. (2013). *As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde*. Trabalho de Conclusão de curso de Especialização. Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, RS.

Carvalho, C. S., Caderaro, F. & Souza, Solange, J. (2013). O Dispositivo "Saúde de Mulheres Lésbicas": (in)visibilidade e direitos. *Revista Psicologia Política*, *13*(26), 111-127.

Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&tlng=pt.

Coelho, L. (2001). *A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologista do Ponto de Vista da Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Tesserat.

Council of Scientific Affairs, American Medical Association. (1996). Health care needs of gay men and lesbians in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 275, 17, 1354–1359.

Coutinho, M. P. L., Nóbrega, S. M., & Catão, M. F. F. M. (2003) Contribuições Teórico-Metodológicas Acerca do uso dos Instrumentos Projetivos no Campo das Representações Sociais. Em: M. P. L. Coutinho (Org.) *Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar*. João Pessoa: Editora Universitária.

Crispim, J. E. B., Barreto, E. F., Nogueira, W. B. A. G., & Almeida, S. A. (2018). Assistência de Enfermagem à Mulher Lésbica e Bissexual na Atenção Básica: protocolo de atendimento. Anais do VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/7599/6584.

Dinkel, S. S. (2005). T*he Lived Experiences of Lesbians over 50 as Patients in Primary Healthcare Settings*. Tese de Doutorado, Universidade do Missouri, Kansas, KS.

Espírito Santo, C. C., & Gomes, A. M. T. (2017). O Pensamento Religioso no Contexto da Sexualidade e Saúde. In C. F. Lima, A. Reis, & F. Demétrio. *Sexualidades e Saúde: Perspectivas para um Cuidado Ampliado* (pp.59-74). Rio de Janeiro: Editora Bonecker.

Freitas, F. R. N. N. (2016). *Saúde da População LGBT: da formação médica a atuação profissional*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Ciências e Saúde. Programa de Mestrado em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI.

Giovanella, L., Escorel, S., & Mendonça, M. H. M. (2003). Porta de Entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à Rede de Serviços da Saúde. *Saúde em Debate*. *27*(65), 278-289. Recuperado de: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/PortaEntrada.pdf.

Granado, L. (1998). *Mitos sobre a Relação entre Mulheres e a Transmissão de DST/HIV*. Boletim Ousar viver, São Paulo, *4*(6).

Harrison, A. E. (1996). Primary Care of Lesbian and Gay Patients: educating ourselves and our students.s. *Fam. Med*., 28, 10-23.

Junqueira, R. D. (2012). *"Aqui não temos gays nem lésbicas": estratégias discursivas de agentes públicos ante medidas de promoção do reconhecimento da diversidade sexual nas*

escolas. Bagoas. 04, 171-190. Recuperado de: http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v03n04art09_junqueira.pdf.

Knauth, D. R.; Meinerz, N. E. (2009). *Relatório do Projeto as Faces da Homofobia no Campo da Saúde*. Ministério da Saúde.

Krüger, H. (2013). Ideologias, Sistemas de Crenças e Atitudes. Em: A. Raquel R. Torres, et al. (Org.), *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 261-306). Brasília: Technopolitik.

Lima, M. A. S. (2016). Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Lima, M. A. S. (2019). *(In)Visibilização da População Lésbica e Direito à Saúde: Promoção da saúde sexual como elemento garantidor da dignidade humana*. Monografia. Graduação em Direito. Centro de Ciências Jurídicas (Unidade Sede) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Marques, A. M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2013). A População Lésbica em Estudos da Saúde: contributos para uma reflexão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(7), 2037-2047. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000700019.

Meinerz, N. E. (2011). Impasses Classificatórios Envolvendo Gênero e Sexualidade no Atendimento Público de Saúde. Em: P. Nascimento, & L. F. Rios. (Orgs.), *Gênero, Saúde e Práticas Profissionais* (Cap. 2, pp. 51-72). Recife: Ed. Universitária da UFPE.

Mesquita, D. T. & Perucchi, J. (2016). Não Apenas em Nome de Deus: discursos religiosos sobre homossexualidade. *Psicologia & Sociedade*, *28*(1), 105-114. Doi: 10.1590/1807-03102015v28n1p105.

Ministério da Saúde (2004). Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). *Resolução-RDC nº 153, de 14 de Junho de 2004*. Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos. Recuperado de: http://www.hemoce.ce.gov.br/images/Artigos/rdc%20153_14.06.04_regtecprocedhemoterapicos.pdf.

Ministério da Saúde (2013). *Politica Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Ministério da Saúde. (2003). *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Secretaria de Atenção à Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.

Ministério da Saúde. (2015). *Secretarias de Direitos Humanos (SDH). Políticas para as Mulheres (SPM). Campanha Cuidar bem da saúde de cada um. faz bem para todos*. Faz bem para o Brasil. Recuperado de: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/lgbt.

Molina, L. P. P. (2011). *A homossexualidade e a historiografia e trajetória do movimento homossexual. Antíteses*, 4(8). p. 949-962. Recuperado em 11 julho, 2015, de http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/antiteses.

Moscheta, M. S. (2011). Responsividade como Recurso Relacional para a Qualificação da Assistência a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2003). O Teste de Associação Livre de Palavras. Em: M. P. L. Coutinho (Org.) *Representações Sociais: Abordagem interdisciplinar*. Editora Universitária, UFPB, João Pessoa.

Oliveira, S. F. (2010). *Estratégia Saúde da Família: avaliação das crenças dos profissionais que atuam em municípios rurais paraibanos*. Tese de Doutorado. Doutorado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Piason, A. S. (2008). *Mulheres que amam mulheres: perspectivas acerca do processo de auto-reconhecimento e visibilidade social*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, RS.

Roberts, S., Patsdaughter, C., Grindel, C., & Tarmina, M. (2004). Health Related Behaviors and Cancer Screening of Lesbians: Results of the Boston Lesbian Health Project II. *Women & Health*, *39*(4), 41-55.

Rodrigues, J. L. (2011). *Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. (Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo). Recuperado de: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-30102013-161035/pt-br.php

Rokeach, M. (1981). *Crenças, Atitudes e Valores*. A. M. M. Barbosa (Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Interciência.

Saunders, J. M., Tupac, J. D., & MacCulloch, B. (1988). *A Lesbian Profile: a survey of 1000 lesbians*. West Hollywood, CA: Southern California Women for Understanding.

Toledo, L. G. (2007). Considerações Narrativas sobre as Vivências Afetivo-sexuais entre Lésbicas e suas Relações com os Mitos e Estereótipos a Respeito da Lesbianidade. Em: *Anais do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Recuperado de:

http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/pdf/trab_completo_189.pdf.

Zeidenstein, L. (1990). Gynecological and Childbearing needs of Lesbians. *Journal of Nurse-Midwifery*, 35, 10-18.

CAPÍTULO II

ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO OFERECIDO A LÉSBICAS

Resumo: São recorrentes as queixas de lésbicas acerca da forma como são atendidas nos serviços de saúde. Em muitas situações, estas mulheres são vítimas de comportamentos discriminatórios manifestos de forma explícita ou implícita pelos próprios profissionais. Por trás desses comportamentos estariam as atitudes. Assim, sendo as atitudes consideradas previsoras de comportamentos, capazes de conferir a cada indivíduo a possibilidade de vivenciarem diferentes sentimentos por um objeto, estas poderiam vir a influenciar no comportamento, por exemplo, dos profissionais de saúde, diante da presença da figura das usuárias lésbicas. **Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo realizar a investigação e a análise de atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família) acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas. **Método:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, com design qualitativo, que permitiu a investigação e a análise das atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais de lésbicas. A escolha por Unidades de Saúde da Família de seu pelo fato de as mesmas funcionarem como portas de entrada aos serviços de saúdes oferecidos pelo Sistema Único de Saúde. A amostra foi determinada por um processo de múltiplos estágios e que se divide em três etapas: agrupamento das USF's pertencentes a cada Distrito Sanitário, escolha das USF's e a escolha dos profissionais do serviço. Assim, fizeram parte do estudo 31 (trinta e um) participantes de oito diferentes USF's. Para a coleta dos dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e um questionário de atitudes. Para a análise dos dados foi utilizado o software SPSS (estatística descritiva) e a técnica de Análise de Conteúdo Temático-Categorial. **Resultados:** Os resultados indicaram, em diferentes níveis, a presença das três dimensões que compõem as atitudes: cognitiva, afetiva e comportamental. Contudo, considera-se que as atitudes dos participantes acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas estariam dispostas de forma mais forte na dimensão cognitiva. Também foi identificada a existência de uma dicotomia de atitudes, sendo essas favoráveis e desfavoráveis, e concretizadas por meio de respostas emitidas para questões apresentadas aos profissionais de saúde sobre assuntos como a importância do conhecimento dos profissionais acerca da orientação das usuárias dos serviços de atenção básica; a possibilidade de (in)vulnerabilidade às IST's do corpo lésbico; a (in)existência de especificidades nas práticas sexuais entre mulheres; e sobre a necessidade de elaboração e implantação de um serviço de saúde específico e com profissionais capacitados para o atendimento de lésbicas. Diante dos resultado foi possível perceber o quanto elementos de ordem individual podem refletir nos atendimentos prestados, visto que, estes elementos fazem parte constituição da percepção que os profissionais possuem acerca da figura da usuária lésbica, e tudo que está associado a ela, como suas demandas, especificidades, formas de prevenção às IST's e promoção da saúde. **Considerações Finais:** Elementos de ordem individual podem refletir no modo como os atendimentos são oferecidos, visto que, estes elementos fazem parte constituição da percepção que os profissionais possuem acerca da figura da usuária lésbica, e tudo que está associado a ela, como suas demandas, especificidades, formas de prevenção às IST's e promoção da saúde, enfim, todos os elementos que estariam envolvidos no atendimento em saúde.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde; Atitudes; Saúde Sexual; Lésbicas; Vulnerabilidade.

ATTITUDES OF HEALTH PROFESSIONALS IN CARE OF LESBIANS

Abstract: Lesbian complaints about the way they are treated in health services are recurrent. In many situations, these women are victims of discriminatory behavior manifested explicitly or implicit by the professionals themselves. Behind these behaviors would be the attitudes of professionals. Thus, since the attitudes considered to be predictive of behaviors, capable of giving each individual the possibility of experiencing different feelings for an object, these could come to influence the behavior, for example, of health professionals, in the presence of the figure of lesbian patients. **Objective:** The present study aimed to carry out the investigation and analysis of the attitudes of doctors, nurses, nursing technicians and health agents who work in USF (Family Health Unit) about affective practices and sexual vulnerability of lesbians. **Method:** This is an exploratory and descriptive study, with qualitative design, which allowed the survey and analysis of the attitudes of doctors, nurses, nursing technicians and health agents working in Units. Health Report on lesbian sexual-affect practices. The choice of Family Health Units of yours because they act as entry points to health services offered by the Unified Health System. The sample was determined by a multi-stage process and is divided into three stages: grouping of USF's belonging to each Health District, choice of USF's and the choice of service professionals. Thus, 31 (thirty-one) participants from eight different USF's were part of the study. For data collection, a sociodemographic questionnaire and an attitudes questionnaire were used. For data analysis we used the software SPSS (descriptive statistics) and the technique of thematic-categorical content analysis. **Results:** The results indicated, at different levels, the presence of the three dimensions that make up the attitudes: cognitive, affective and behavioral. However, it is considered that the attitudes of the participants regarding the affective-sexual practices and the vulnerability in sexual health of lesbians would be more strongly disposed in the cognitive dimension. It was also identified the existence of a dichotomy of attitudes, which were favorable and unfavorable, and were realized through answers issued to questions presented to health professionals on issues such as the importance of professionals' knowledge about the guidance of users of primary care services; the possibility of (in) vulnerability to the lesbian body's STIs; the (in)existence of specificities in sexual practices among women; and on the need to develop and implement a specific health service with trained professionals to care for lesbians. In view of the results, it was possible to perceive how much elements of an individual nature can interfere in the quality of the care provided, since these elements are part of the perception that professionals have about the figure of the lesbian user, and everything associated with it, such as their demands, specificities, ways to prevent STIs and health promotion. **Final Considerations:** Individual elements can reflect on the way care is offered, since these elements are part of the perception that professionals have about the figure of the lesbian user, and everything associated with it, such as their demands, specificities, forms prevention of STIs and health promotion, in short, all the elements that would be involved in health care.

Keywords: Health Professionals; Attitudes; Sexual Health; Lesbian, Vulnerability.

ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE SALUD AL CUIDADO DE LAS LESBIANAS

Resumen: Las quejas de las lesbianas sobre la forma en que son tratadas en los servicios de salud son recurrentes. En muchas situaciones, estas mujeres son víctimas de conductas discriminatorias manifestadas explícita o implícita por los propios profesionales. Detrás de estos comportamientos estarían las actitudes de los profesionales. Por lo tanto, dado que las actitudes consideradas como predictivas de comportamientos, capaces de dar a cada individuo la posibilidad de experimentar diferentes sentimientos por un objeto, estos podrían llegar a influir en el comportamiento, por ejemplo, de profesionales de la salud, en presencia de la figura de usuarias lesbianas. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo llevar a cabo la investigación y el análisis de las actitudes de los médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en la USF (Unidad de Salud Familiar) sobre las prácticas afectivas. y vulnerabilidad sexual de las lesbianas. **Método:** Estudio exploratorio y descriptivo, con diseño cualitativo, que permitió la encuesta y el análisis de las actitudes de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud que trabajan en las Unidades. Informe de salud sobre prácticas de afectos sexuales de lesbianas. La elección de las Unidades de Salud de la Familia porque actúan como puntos de entrada a los servicios de salud ofrecidos por el Sistema Único de Salud. La muestra se determinó mediante un proceso de varias etapas y se divide en tres etapas: agrupación de USF pertenecientes a cada Distrito de Salud, elección de USF y la elección de profesionales de servicio. Por lo tanto, 31 (treinta y uno) participantes de ocho USF diferentes formaron parte del estudio. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario sociodemográfico y un cuestionario de actitudes. Para el análisis de datos utilizamos el software SPSS (estadística descriptiva) y la técnica de análisis de contenido temático-categórico. **Resultados:** Los resultados indicaron, en diferentes niveles, la presencia de las tres dimensiones que conforman las actitudes: cognitiva, afectiva y conductual. Sin embargo, se considera que las actitudes de los participantes con respecto a las prácticas afectivo-sexuales y la vulnerabilidad en la salud sexual de las lesbianas estarían más fuertemente dispuestas en la dimensión cognitiva. También se identificó la existencia de una dicotomía de actitudes, que fueron favorables y desfavorables, y se realizaron a través de las respuestas a las preguntas formuladas a los profesionales de la salud sobre cuestiones como la importancia del conocimiento de los profesionales sobre la orientación de los usuarios de los servicios de atención primaria; la posibilidad de (in) vulnerabilidad a las ITS del cuerpo de lesbianas; la (in) existencia de especificidades en las prácticas sexuales entre mujeres; y sobre la necesidad de desarrollar e implementar un servicio de salud específico con profesionales capacitados para atender a las lesbianas. En vista de los resultados, fue posible percibir cuánto elementos de naturaleza individual pueden interferir en la calidad de la atención brindada, ya que estos elementos son parte de la percepción que los profesionales tienen sobre la figura de la usuaria lesbiana y todo lo relacionado con ella, como sus demandas, especificidades, formas de prevenir las ITS y la promoción de la salud. **Consideraciones Finales:** Los elementos individuales pueden reflexionar sobre la forma en que se ofrece la atención, ya que estos elementos son parte de la percepción que los profesionales tienen sobre la figura de la usuaria lesbiana y todo lo relacionado con ella, como sus demandas, especificidades y formas. prevención de ITS y promoción de la salud, en resumen, todos los elementos que estarían involucrados en la atención de la salud.

Palabras-Clave: Profesionales de la Salud; Actitudes; Salud Sexual; Lesbianas; Vulnerabilidad.

ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO OFERECIDO A LÉSBICAS

1. Introdução

O presente estudo teve por objetivo realizar a investigação e a análise de atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família) acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

A relevância do tema se dá devido fato de serem recorrentes as queixas de lésbicas acerca da forma como são atendidas nos serviços de saúde, especialmente nos atendimentos ginecológicos. Assim, sendo as atitudes consideradas previsoras de comportamentos, capazes de conferir a cada indivíduo a possibilidade de vivenciarem diferentes sentimentos por um objeto (Krüeger, 2013), estas poderiam vir a influenciar no comportamento, por exemplo, dos profissionais de saúde, diante da presença da figura das usuárias lésbicas.

Embora a homossexualidade não esteja mais enquadrada enquanto doença desde do ano de 1990, quando na 43ª Assembleia Mundial da Saúde foi adotada a 10ª Revisão da Lista da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Ministério da Saúde [MS], 2014), diferentes estudos (Granado, 1998; Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007; Melo, 2010; Moscheta, 2011; Paulino, 2016; Fébole & Moscheta, 2017) apontam que, no que se refere a populações consideradas minorias sexuais, a exemplo das lésbicas, ainda persiste, na área da saúde, a consideração, mesmo que em alguns casos velada, da homossexualidade enquanto um desvio da normalidade.

Desse modo, ações discriminatórias praticadas por alguns profissionais nos serviços de saúde poderiam estar atreladas à existência de atitudes desfavoráveis para com as mulheres lésbicas. Segundo Fébole e Moscheta (2017, p. 10), os profissionais seriam treinados para prestar o atendimento "dos corpos heteronormativos", fato que é evidenciado pela recorrente heterossexualidade presumida das usuários por parte dos profissionais (Barbosa & Facchini, 2009), de modo que quando ficam de frente àquelas que fogem dessa heterormatividade esperada, ocorre uma busca incessante por tentar normatizar aquilo que está fora do seu meio de inteligibilidade, fato que pode ser comprovado, por exemplo, quando os profissionais ignoram as especificidades e demandas em saúde sexual destas mulheres, mesmo quando as próprias usuárias lhes revelam que mantém relações sexuais com outras mulheres (Pinto, 2004).

Assim, a oferta de atendimento humanizado ainda é um desafio na saúde (Pedrosa & Spink, 2011), já que a influência da heteronormatividade passa a construir modelos de ação nos serviços (Fébole & Moscheta, 2017). Se tratando de usuários pertencentes a grupos minoritários, como os sexuais, esta situação pode ainda ser agravada por elementos como crenças, atitudes desfavoráveis e preconceitos.

Neste sentido, como destacam Buss e Pellegrini Filho (2007), a orientação sexual e a identidade de gênero podem ser consideradas importantes determinantes dentro do processo saúde-doença dos usuários dos serviços de saúde. Além disso, segundo Araújo, Galvão, Saraiva e Albuquerque (2006), a relação usuária-profissional que se constrói nos serviços de saúde possui grande influência na qualidade do atendimento, especialmente naqueles em que temas como as práticas sexuais podem ser abordados.

Sobre a relação usuária-profissional, Rodrigues (2011) considera que essa é, na maioria das vezes, marcada pela existência de distanciamento e pouco acolhimento, sendo uma das queixas relatadas por lésbicas. Além disso, a autora evidencia que essa relação pode ser prejudicada pela existência de tabus sobre a homossexualidade feminina, bem como preconceitos em torno da vida sexual delas.

Segundo Carvalho (2013) existem diferenças na relação entre o profissional de saúde e a usuária que estão associadas à orientação sexual destas mulheres. Tratam-se, por exemplo, de situações de apreensão por parte das usuárias em decorrência do receio de serem alvo de algum comportamento discriminatório; ou por reações inadequadas dos profissionais, quando elas revelam sua orientação sexual, tais como o silêncio, a banalização da informação recebida ou recriminação de suas práticas. Especialmente na relação médico-usuária, podem ocorrer infrações éticas silenciadas pelo medo e pela vergonha que a usuária sentiria após vivenciar a situação de violação (Almeida, 2009).

É importante destacar que, mesmo diante de tais situações de violação e despreparo dos profissionais, existe o reconhecimento da necessidade de que seja oferecido, pelo poder público, treinamento especializado que permita a correta abordagem a ser utilizada junto as usuárias lésbicas. Contudo, ao mesmo tempo, é necessário considerar que comportamentos discriminatórios, desrespeitosos e até agressivos, emitidos por alguns profissionais, transcenderia aspectos relacionados a falta de manejo no trato das usuárias (Almeida, 2009), e alcançaria aspectos individuais e subjetivos, muitas vezes rígidos e baseados em modelos ultrapassados de sociedade aos quais muitos profissionais baseiam suas práticas e seus estilos de vida.

Desse modo, a forma como os profissionais de saúde prestam o atendimento às usuárias lésbicas pode refletir não apenas na resposta a adesão ao tratamento ou a práticas consideradas saudáveis, mas também, mas também na afirmação de suas identidades, e, sobretudo, na sua atuação como elementos capazes de promover a manutenção de estruturas sociais, que no casos das minorias sexuais, podem funcionar como reguladores da vida social (Fébole & Moscheta, 2017).

Historicamente, a manutenção de estruturas sociais que promovem a diferenciação em detrimento à igualdade, tem causado diversas formas de violação de direitos para aqueles considerados fora do padrão heteronormativo de sexualidade (Lima, 2016, 2019). No caso da polução LGBTQ+, Gross e Carlos (2015) indicam que ao longo da história, estes foram submetidos a diferentes formas de agressões; torturas; discriminação de diferentes tipos (inclusive por representantes de Estado e por autoridades governamentais); violações contra a livre movimentação, privacidade e o trabalho; negação de direitos, como o direito à saúde e ao atendimento adequado; segregação familiar, escolar, científica e religiosa; difamação e preconceito promovido pela mídia; entre outras formas perversas de exclusão social.

Com o intuito de modificar esse quadro tão negativo para a população LGBTQ+ no campo da saúde, o poder público vinha, desde 2004, lançando mão de estratégias, como políticas públicas em saúde, e de ferramentas, como campanhas educativas voltadas para o combate das diversas formas de discriminação e exclusão que pudessem ocorrer no campo da saúde. No entanto, violações continuam a ocorrer, sendo relatadas nas queixas de diferentes mulheres ao buscarem atendimento ginecológico (Lima, 2016, 2019).

Como destacam Silva, Souza e Barreto (2014), mesmo diante das políticas em saúde, pode-se dizer que a difusão das práticas transformadoras são de fato um desafio, e por isso, necessitam superar alguns elementos, que vão desde questões programáticas relativas a organização estrutural dos serviços de saúde, que afetam, por exemplo, a forma como as campanhas chegam até o seu público alvo; a fatores complexos, como elementos de cunho individuais e sociais, como atitudes desfavoráveis que os profissionais tenham sobre a homossexualidade feminina.

A existência de atitudes desfavoráveis de profissionais de saúde em relação às lésbicas pode dar suporte para ocorrência de rechaço à orientação homossexual, trazendo à tona a lesbofobia[10]. Como consequências, tais atitudes desfavoráveis podem vir a provocar quadros

[10] Segundo Borrillo (2009, p. 22-23), "a lesbofobia consiste em uma especificidade no cerne de outra: a lésbica sofre pelo fato de ser mulher e pelo de ser homossexual. Diferentemente do gay, ela acumula discriminações contra o sexo e contra a sexualidade."

de depressão, ansiedade e de abuso de substâncias na população de lésbicas (Farhan & Shakir, 2014), bem como a resistência à busca de atendimento em saúde, como forma de evitar vivenciarem novas situações negativas.

Assim, considera-se possível que atitudes desfavoráveis à homossexualidade feminina possam embasar a ocorrência de comportamentos lesbofóbicos, bem como promover a descaracterização das lésbicas enquanto seres humanos, detentores de direitos, com demandas específicas e necessidades de atendimento direcionado a suas particularidades em saúde (Paulino, Rasera & Teixeira, 2019).

Considerando que situações de violação ocorrem dentro dos serviços de saúde, Melo (2010) salienta que as atitudes dos profissionais se expressam por meio de comportamentos de violência (velada ou explícita) que podem vir a afastar as usuárias dos serviços de saúde, agravando o quadro da vulnerabilidade em saúde dessas mulheres. Tratam-se de atitudes que, quando desfavoráveis à homossexualidade feminina, negariam, entre outras questões, a singularidade dos corpos lésbicos (Coelho, 2001), e consequentemente a promoção da equidade e da universalidade no acesso a saúde para esta população (Lionço, 2008).

É importante salientar a existência de um grande campo de investigações acerca das atitudes de profissionais de saúde. Contudo, segundo Corrêa-Ribeiro, Iglesias e Camargos (2019), no Brasil, são praticamente inexistentes os estudos que busquem identificar a atitude de profissionais de saúde em relação a usuárias homossexuais.

Ante ao exposto, considera-se que a forma como lésbicas são atendidas nos serviços de saúde, especialmente àqueles que prestam atendimento em saúde sexual, poderia também ser perpassada por elementos subjetivos, como as atitudes dos profissionais de saúde em relação à homossexualidade feminina. Dessa forma, torna-se relevante compreender como as atitudes dos profissionais de saúde poderiam atuar nas suas condutas profissionais, e de que forma estes elementos podem refletir no atendimento em saúde recebido pelas usuárias lésbicas.

1.1 O Estudo das Atitudes

Na área da Psicologia, especificamente da Psicologia Social, o estudo das atitudes já possui longa data de investigações e pesquisas, mais precisamente passando a ser um dos objetos de análise dos psicólogos sociais desde o início do século XX (Krüeger, 2013). Atribui-se a Thomas e Znanieck (1918) a formulação do primeiro conceito de atitudes, sendo estas consideradas pelos autores como tomadas de decisão de determinado grupo em relação a um objeto social.

Com a evolução dos estudos sobre as atitudes, outros conceitos foram elaborados por diferentes pesquisadores, dentre eles destacam-se os conceitos de Ajzen e Fishbein (1972), Rokeach (1981), Triandis (1991) e de Eagly e Chaiken (1993). Segundo Ajzen e Fishbein (1972) as atitudes seriam predisposições para os indivíduos responderem de forma favorável ou desfavorável frente a objetos, pessoas, instituições ou acontecimentos.

Anos depois, os mesmos autores, Ajzen e Fishbein (2001) realizaram a reformulação do seu conceito, passando a considerar atitudes como uma disposição estável para os indivíduos emitirem respostas, de maneira consistente, seja favorável ou não, a um objeto psicológico, de forma a predizer e explicar seus comportamentos. Seriam estes autores os responsáveis pela elaboração do modelo explicativo da relação entre atitudes e comportamentos conhecido como Teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980), que após reformulação ganhou o nome de Teoria da Ação Planejada (Ajzen, 1991).

Já para Rokeach (1981, p. 91), uma atitude pode ser considerada "uma organização de crenças, relativamente duradoura, em torno de um objeto ou situação que predispõe que se responda de alguma forma preferencial". Assim, Rokeach (1981) destaca que as atitudes podem se materializar por meio de uma resposta verbal de opinião, bem como por meio de algum tipo de comportamento não-verbal, podendo estas serem admitidas como espécies de ordem para a ação. Ainda para o autor, as atitudes levam a uma resposta preferencial (ou discriminativa) em relação a um objeto, podendo esta resposta ser positiva ou negativa em decorrência do objeto ser ou não apreciado pelo indivíduo (Rokeach, 1981).

As respostas em relação a um objeto de atitude ocorrem em um contexto de alguma situação social, como evidencia Rokeach (1981). Logo, o comportamento social dos indivíduos estaria sendo mediado por crenças e predisposições sobre o objeto da atitude, bem como pelo contexto em que ocorre a situação.

Para Triandis (1991) as atitudes seriam um estado que predispõe os indivíduos a emitirem respostas favoráveis ou desfavoráveis quanto a um objeto, pessoa ou ideia. Logo, Triandis (1971) considera que o conceito de atitudes estaria relacionado ao que as pessoas pensam, sentem e como elas gostariam de comportar-se em relação ao objeto atitudinal. Logo, as atitudes se constituem por organizações duradouras de crenças e de cognições, que se baseiam em crenças gerais, possuindo uma dimensão avaliativa que varia em direção e intensidade (Tanaka, 2007). Atuando como predisposição para a ação.

O autor também evidencia a existência de um modelo multicomponente das atitudes, que seria composto por três componentes: cognitivo; afetivo; e o comportamental (Triandis, 1971). Como explicação do modelo, Zanna e Rempel (1988) salientam que para que os

indivíduos venham a ter alguma atitude frente a um objeto, é preciso que se tenha alguma representação cognitiva em relação a este objeto. Assim, elementos como crenças, informações, e todo conhecimento possível acerca do objeto atitudinal dariam forma ao componente cognitivo das atitudes. Zanna e Rempel (1988) seguem explicando que os sentimentos pró ou contra o objeto atitudinal também são de grande importância, visto serem estes que formam o componente afetivo das atitudes. Por fim, os autores destacam que o componente comportamental das atitudes é formado pela junção dos dois componentes anteriores, que dão origem a emissão de comportamentos ou a intenção comportamental.

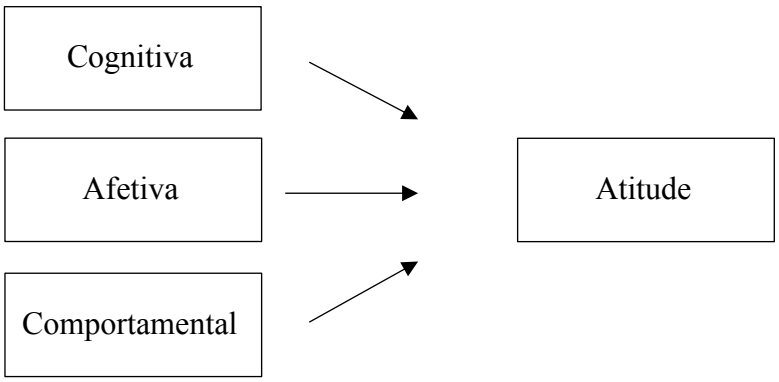


Figura 9. Modelo Multicomponente da Atitude. (Maio & Haddcok, 2010).

No processo de mudança de atitude, as alterações no componente afetivo podem ser mais eficazes que no cognitivo. Assim, por exemplo, seria o componente afetivo da atitude o mais eficaz no processo de redução do preconceito, já que, ao se modificar o afeto, muda-se, também, a cognição ligada a ele (Chaiken, Wood & Eagly, 1996; Devine, 1995; Fishbein & Ajzen, 1975). Daqui decorre a ideia de que apenas o acesso ao conhecimento, por exemplo, por meio de campanhas ou materiais informativos, não seria tão eficaz para o processo de mudança de atitude e consequentemente de comportamentos, quanto se ocorressem alterações na forma como o objeto atitudinal é percebido, que podem se dar, por exemplo, quando os indivíduos passassem a percebê-lo outra maneira, menos excludente e de maneira mais favorável.

Em relação a função das atitudes, Katz e Stotland (1959) evidenciam algumas delas, como: permitir a obtenção de recompensas e evitação de castigos; promover a proteção da autoestima, além de evitar a ansiedade e os conflitos; auxiliar na ordenação e assimilação de informações complexas; refletir convicções e valores dos indivíduos; e estabelecer a identidade social dos indivíduos e grupos.

A partir dos estudos das atitudes, considera-se que, se tratando dos profissionais de saúde, estes poderiam, por exemplo, durante o processo de formação nas universidades, vir a apreender diversas atitudes emitidas pelos professores no processo de ensino-aprendizagem. Logo, sendo as atitudes consideradas previsoras de comportamentos, essas podem vir a indicar a tendência de comportamentos desses profissionais em relação aos atendimentos prestados à população lésbica.

2. Objetivo Geral

Realizar a investigação e a análise de atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família) acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

3. Método

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com design qualitativo, que permitiu a análise das atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais de lésbicas.

3.2 Lócus da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família, tendo em vista estas serem acessíveis à toda população, promovendo a prevenção e a promoção da saúde com ênfase à assistência a diferentes públicos, inclusive o feminino, realizando desde encaminhamentos para consultas com exames especializados até testes rápidos para IST's e exames citológicos.

Estruturalmente, ao serviços públicos básicos de saúde da cidade de Joao Pessoa/PB se organizam territorialmente sob a forma de cinco Distritos Sanitários (Distrito Sanitário I, Distrito Sanitário II, Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV e Distrito Sanitário IV)), totalizando 120 USF's (87 isoladas e 33 integradas) e pelos profissionais de saúde destes serviços, que compõem 184 equipes.

Assim, foram selecionadas as USF's isoladas (aquelas que atuam com uma única equipe) dentre as 87 unidades isoladas existentes; bem como os profissionais destas equipes a partir de um cálculo amostral por conveniência de 10% das unidades em cada distrito. A decisão pelas unidades isoladas ocorreu devido ao fato deste tipo de unidade corresponder à maioria (72,5%) das USF's que atendem a população da cidade, logo, é este tipo de serviço de Atenção Básica que a população mais teria acesso.

3.3 Amostra e Participantes

A amostra foi determinada por um processo de múltiplos estágios e que se dividiu em

três etapas: agrupamento de todas às USF's pertencentes a cada Distrito Sanitário, escolha das USF's e a escolha dos profissionais do serviço. Obedecendo ao critério de proporcionalidade dos Distritos, foram selecionadas por conveniência 10% do total das USF's em cada Distrito, atingindo uma amostra total de 8 unidades de saúde, localizadas em 8 bairros da cidade de João Pessoa-PB. É importante destacar que para evitar possíveis identificações dos locais e/ou dos participantes foram suprimidos os nomes dos bairros onde se localizam as unidades visitadas.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: (a) recusa a participar do estudo; (b) o participante não ser médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem ou agente de saúde da USF**.** Assim, fizeram parte do estudo 31 (trinta e um) participantes, sendo estes profissionais de saúde atuantes nas Unidades de Saúde visitadas. O plano amostral está apresentado na Tabela 3.

Tabela 3

Distribuição amostral das Unidades de Saúde da Família (isoladas) da cidade de João Pessoa-PB por Distritos Sanitários

DISTRITO SANITÁRIO (D.S.)	TOTAL DE USF ISOLADAS	CÁLCULO AMOSTRAL (10%)	AMOSTRA PRETENDIDA
D.S. I	15	1	2 médicos 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
D.S. II	20	2	2 médicos 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
D.S. III	31	3	3 médicos 3 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 3 agentes comunitários de saúde
D.S. IV	10	1	1 médico 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
D.S. V	11	1	1 médico 2 enfermeiros e/ou téc. de enfermagem 2 agentes comunitários de saúde
Total	87	8	31

Embora o método de escolha dos locais para coleta tenha sido semelhante ao que foi utilizado no estudo I, é importante salientar que se tratam de amostras independentes, haja vista a escolha metodológica por diversificar as respostas no estudo II. Assim, os participantes que compõe a amostra do estudo I não são os mesmos que compõe a amostra do presente estudo.

3.4 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários, um sóciodemográfico, e um questionário de atitudes com algumas perguntas com o intuito de identificar atitudes dos profissionais de saúde em relação a suas práticas para com as usuárias lésbicas.

3.4.1 Questionário Sóciodemográfico

Foi utilizado um questionário sóciodemográfico (Apêndice 2) com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, contendo itens sobre idade, gênero, cargo e tempo de serviço.

3.4.2 Questionário de Atitudes

Foram formuladas 5 (cinco) perguntas dispostas em forma de questionário para que os participantes pudessem escrever suas respostas: 1) *Você acredita ser importante que os profissionais de saúde conheçam a orientação sexual das usuárias? Por quê?*; 2) *Você acredita que as usuárias lésbicas deveriam revelar sua orientação sexual para os profissionais de saúde? Por quê?*; 3) *Você acredita que as lésbicas, por não manterem relações sexuais com homens, podem ser consideradas invulneráveis às IST's? Por quê?*; 4) *Você acredita que lésbicas possuem especificidades de cuidado em saúde sexual? Se sim, quais?*; 5) *Você acredita que deveria existir um serviço específico com profissionais de saúde especializados em atender lésbicas? Por quê?*.

As perguntas foram criadas de modo a tornar possível com que as atitudes dos participantes em relação ao objeto de pesquisa pudessem ser evocadas e assim expressas em suas repostas, e tiveram como base para sua formulação os resultados obtidos no trabalho anterior de Lima (2016). A opção por utilização de um questionário como instrumento para verificação das atitudes se deu em decorrência da necessidade de se fazer uso de um método de coleta adequado mediante o tamanho restrito da amostra, além disso, buscou-se preservar o *design* qualitativo do estudo.

3.5 Procedimento para Coleta dos Dados

No presente estudo foram adotados procedimentos semelhantes aos realizados no

Estudo I. A única variação se deu em decorrência do fato de que os participantes foram solicitados a responder outros instrumentos de coleta de dados, que foram constituídos, no presente estudo, por um questionário sóciodemográfico, e um outro de atitudes (Apêndice 4). Em algumas situações os participantes optaram por ditar suas respostas para que os pesquisadores a reproduzissem no papel.

3.6 Análise dos Dados

Os dados oriundos do questionário sóciodemográfico foram analisados por meio de estatísticas descritivas, a partir da elaboração de um banco de dados criado no Software PASW Statistics (SPSS) for Mac - versão 23. Foram utilizadas medidas de posição (Média; Mediana) e de variabilidade (Desvio-Padrão).

Os dados obtidos a partir dos questionários de atitudes foram analisados através da técnica de análise de conteúdo categorial temática, baseada no modelo de Gomes (1994), com categorias criadas *a posteriori*. Para a finalização das categorias foi solicitado o auxílio de dois juízes que puderam constatar se todos os trechos representativos estariam em consonância com os agrupamentos e classes temáticas elaborados.

Para Bauer e Gaskell (2002) a análise de conteúdo possui uma importante característica que seria seu caráter social, visto trata-se de uma técnica que busca produzir inferências de informações dispostas em um texto para seu contexto social de maneira objetiva. Assim, como salientam Silva e Fossá (2015), no processo de interpretação das informações, a análise de conteúdo possibilita com que o pesquisador se utilize de dois mundos: a busca pela objetividade bem como pela capacidade de fazer uso da subjetividade. O processo de categorização foi realizado *a posteriori*. Para realização deste tipo de análise, Gomes (1994) propõe que sejam consideradas algumas etapas, a saber: 1) transcrição dos dados, 2) leitura flutuante dos dados e 3) leitura aprofundada dos dados, 4) separação dos conteúdos em temas.

4. Resultados e Discussão

4.1 Aspectos Sóciodemográficos

A idade dos participantes variou de 25 a 49 anos (M=37,8; DP=6,6). Em relação ao gênero, a maioria (N=22), foram do gênero feminino. Acerca dos cargos ocupados, oito são médicos, treze são enfermeiros ou técnicos de enfermagem e dez são agentes de saúde da família. Em relação ao tempo de atuação dos participantes no serviço de atenção básica em saúde variou de 1 a 20 anos (M=7,4; DP=6,1).

4.2 Análise de Conteúdo Temático-Categorial

A análise de conteúdo temático-categorial foi realizada a partir do questionário de atitudes composto por cinco questões e que foi aplicado junto aos participantes que aceitaram participar do estudo. Como resultados, foram extraídas 22 categorias iniciais, que foram agrupadas, com base nos temas que suscitaram, em 6 categorias intermediárias, e novamente agrupadas até que fosse possível se alcançar 3 categorias finais, conforme descrito na Tabela 4.

Tabela 4

Análise Categorial Temática das Atitudes

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1. Ajuda a Romper Preconceitos. 2. Oferecimento de Atendimento Adequado às Necessidades. 3. Oferecimento de Acolhimento. 4. Favorece a formação de Vínculos de Confiança.	Qualidade do Atendimento	**I. Conhecimento sobre a Orientação Sexual**
1. Indiferente para o Atendimento. 2. Assunto Íntimo da Usuária. 3. Desconsideração de Especificidades. 4. Desconsideração da Vulnerabilidade em Saúde.	Irrelevante para o Atendimento	
1. Necessidade de Prevenção. 2. Formas de Transmissão de IST's entre Mulheres. 3. Risco pela Presença Masculina para Transmissão de IST's. 4. Existência de Especificidades em Cuidados em Saúde.	Conhecimentos sobre IST's	**II. Vulnerabilidade às ISTs**
1. Promoção da Equidade. 2. Proporciona Qualidade do Atendimento. 3. Proporciona Ambiente Receptivo.	Benefícios à Promoção da Saúde Sexual	**III. Serviço Especializado**
1. Suficiência dos Atuais Serviços. 2. Profissionais já Qualificados. 3. Inexistência de Diferenças entre os Corpos.	Ausência de Necessidade	
1. Geração de Custos Extras ao Estado.		

2. Risco de Aumento do Preconceito. 3. Risco de Segregação Social. 4. Visões Políticas e Religiosas Contrárias.	Dificuldades de Implementação	

I. Conhecimento sobre a Orientação Sexual

Qualidade do Atendimento

A categoria final "Conhecimento sobre Orientação Sexual" agrupou categorias intermediárias e iniciais que possuem como conceito norteador as atitudes dos participantes frente a importância do conhecimento sobre a orientação sexual das usuárias. Neste sentido, foram localizadas duas categorias intermediárias, sendo a primeira delas nomeada de "Qualidade do Atendimento". Nesta categoria, alguns participantes destacaram que o conhecimento sobre a orientação sexual da usuária pode auxiliar na ruptura de preconceitos:

> "Diria que é essencial para que possamos compreender todos os aspectos que envolvem a orientação sexual da pessoa. Existem conflitos que podem advir e que podem ser atenuados ou melhorados. É interessante que o tema faça parte da consulta na atenção básica para rompermos tabus e preconceitos" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "Sim, acho importante para dar visibilidade as minorias e ajudar a acabar com o preconceito e aumentar a aceitação" (Participante 30; Gênero Masculino).

A partir das respostas dos participantes 6 e 30, infere-se a existência de atitudes favoráveis acerca da necessidade de conhecimento da orientação sexual das usuárias por parte dos profissionais de saúde, visto que, para estes participantes, essa informação poderá auxiliar na superação de preconceitos pelos quais esta população é historicamente vítimizada. Neste sentido, destaca-se ser muito positivo que os participantes considerem importante esse conhecimento como forma de superação do preconceito, contudo, questiona-se como este fato poderia ocorrer na prática diária dos profissionais.

Estudos como o de Araújo, Galvão, Saraiva e Albuquerque (2006); Lionço (2008); Barbosa e Facchini (2009) e Melo (2010) apontam a ocorrência de preconceito e discriminação para com usuárias lésbicas nos serviços de saúde, situações que estão distantes de uma superação do preconceito.

Segundo Lima (2016) apenas a revelação da orientação sexual por parte das usuárias não seria capaz de ocasionar, necessariamente, mudanças positivas no tratamento oferecido pelos profissionais de saúde, tendo em vista que, fatores como os mitos sobre a vivência da sexualidade entre mulheres, o preconceito e os estigmas, se fazem presentes e podem influenciar em toda dinâmica dos atendimentos.

Embora a revelação da orientação sexual possa ser considerada um importante passo para que seja alcançada a visibilidade social desta população, e em certo grau, promover o combate ao preconceito, sabe-se que essa informação por si só não é suficiente para uma mudança global de comportamentos em todos os profissionais.

Contudo, não se pode descartar que o conhecimento acerca da orientação sexual das usuárias de fato possa contribuir para ocorrência de atendimentos adequados às necessidades dessas mulheres, visto que, de posse da informação sobre a correta orientação sexual destas, os profissionais evitariam fazer uso da heteronormatividade compulsória, que ocorre quando passam a determinar a heterossexualidade presumida delas. Assim, infere-se que, nas respostas de alguns participantes, evidenciam-se atitudes favoráveis frente a revelação da sexualidade por parte das usuárias, considerando que este fato pode, dentre outros fatores, influenciar positivamente no atendimento prestado:

> "Sim, para que se possa oferecer a orientação correta de acordo com a orientação da paciente" (Participante 15; Gênero Feminino).

> "Acredito ser importante, porque assim, o atendimento é mais direcionado, e isso evita que a gente cometa erros, como achar que a pessoa tem parceiro do sexo oposto, quando na verdade é o do mesmo sexo" (Participante 18; Gênero Feminino).

> "Sim, claro! Para poder orientarmos mais adequadamente sobre como se prevenir contra doenças e outras questões" (Participante 25; Gênero Feminino).

Considera-se que o desafio dos profissionais de saúde vai para muito além da superação de preconceitos e discriminações da população lésbica, visto que, como destacam Paulino, Rasera e Teixeira (2019), faz-se necessário o reconhecimento das usuárias enquanto seres humanos, detentoras de direitos e de dignidade, que possuem demandas específicas em saúde, e que necessitam de acolhimento e atendimento adequados nos serviços de saúde.

Em relação à necessidade de acolhimento, alguns participantes apontaram atitudes favoráveis à revelação da orientação sexual por parte das usuárias como forma de tornar possível o melhor acolhimento nos serviços:

> "Sim. Porque é importante conhecer os pacientes para oferecer um acolhimento mais humanizado" (Participante 20; Gênero Feminino).

> "Ajuda muito na hora do acolhimento na unidade" (Participante 22; Gênero Masculino).

> "Sim, porque aí elas podem ter um atendimento melhor, serem mais acolhidas" (Participante 23; Gênero Feminino).

A partir das respostas dos participantes 20, 22 e 23, infere-se a existência de atitudes favoráveis sobre a revelação da orientação sexual, por parte da usuárias, para os profissionais de saúde, relacionando esta situação com a possibilidade de favorecimento da ocorrência de um melhor acolhimento oferecido pelos profissionais.

Conforme destaca Pellegrini (2007), o acolhimento de mulheres lésbicas, nos serviços de saúde, compreende uma tarefa bastante complexa. Para sua efetivação, é fundamental a existência de estratégias específicas na unidade, que devem, entre outros objetivos, promover a capacitação dos profissionais acerca das especificidades e demandas desta população, tornando possível a ampliação do papel do profissional para além da relação saúde-doença-cuidado, de modo a fazer com que sejam consideradas também as singularidades de cada usuária (Buss & Pellegrini Filho, 2007).

Considera-se também que um bom acolhimento às usuárias nas USF's possui reflexo tanto na forma como o atendimento é oferecido, como na construção de elementos subjetivos entre equipe e usuária, estes últimos, poderiam favorecer a formação de vínculos que se materializariam em comportamentos que demonstrem confiança, por parte das usuárias, em relatar suas demandas, suas vivências, suas dúvidas e todos os demais fatores que poderiam facilitar e favorecer o desenrolar do atendimento.

Neste sentido, percebeu-se, na fala de alguns participantes, conteúdos que podem sinalizar atitudes favoráveis quanto à revelação da orientação sexual como forma de proporcionar uma formação de vínculo entre as usuárias e os profissionais:

> "Sim, pois quando elas revelam fica mais fácil, mais íntimo. Precisamos ter intimidade com os pacientes para abordar e entender algumas queixas" (Participante 5; Gênero Feminino).

> "[...] criar vínculo e confiança com os usuários, ou melhor, com estas pacientes, deixando-as livres para expor ou relatar situações. Se isso for confortável para os usuários" (Participante 10; Gênero Feminino).

A partir das respostas das participantes 5 e 10, infere-se um posicionamento favorável à revelação, por parte das usuárias dos serviços de saúde, de sua orientação sexual, no que diz respeito a formação de vínculos. Para ambas, a importância se dá por acreditarem que esta ação pode contribuir para a construção de intimidade e de vínculo com a usuária, o que poderia refletir no atendimento oferecido.

Segundo Santos (2011) o estabelecimento de vínculo entre usuárias e profissionais de saúde é de extrema importância, pois propicia a existência de uma relação de confiança, ao mesmo tempo, permite o estabelecimento de diálogo entre os profissionais e usuárias do serviço. Esta situação poderia também promover a transformação de comportamentos não tão favoráveis à saúde, tornando possível que as usuárias viessem a assumir práticas sexuais conscientes de prevenção.

Os resultados até então demonstram a existência de atitudes favoráveis por parte dos participantes em relação à revelação da orientação sexual da usuária, posicionamento bastante positivo frente às situações de discriminação e preconceito pelas quais diversas mulheres têm enfrentado e que já foram abordados em diferentes estudos (Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007; Melo, 2010; Lima, 2016).

Irrelevante para o Atendimento

A segunda e última categoria intermediária que compõe a categoria final "Conhecimento sobre Orientação Sexual" foi intitulada de "Irrelevante para o Atendimento". Nesta categoria, estão agrupadas as respostas dos participantes que indicam a existência de atitudes desfavoráveis em relação ao ato de revelação da orientação sexual por parte das usuárias à equipe das USF's.

Inicialmente, foram identificadas respostas que sinalizam atitudes desfavoráveis à revelação da orientação sexual por parte das usuárias, de modo que para alguns participantes, tal revelação não faria nenhuma diferença na qualidade do atendimento prestado por estes profissionais de saúde às usuárias, conforme as respostas destacadas a seguir:

> “Não. Não acho que influencia na orientação e cuidado que eu dou a eles” (Participante 3; Gênero Feminino).

> “Não acredito que haja importância que nós saibamos a orientação de outrem; a não ser que o próprio paciente queira que saibamos” (Participante 4; Gênero Masculino).

> “Não. Essa informação é irrelevante para um atendimento em saúde” (Participante 19; Gênero Feminino).

> “Não. Não faz nenhuma diferença na forma como será tratada pela equipe” (Participante 31; Gênero Feminino).

Assim, a partir das respostas dos participantes 3, 4, 19 e 31, é possível inferir a existência de atitude desfavorável à revelação da orientação sexual por parte das usuárias. De forma geral, com base nas respostas dos participantes, percebe-se que estes parecem acreditar que a informação acerca da orientação sexual da usuária não teria nenhuma influência no atendimento prestado. Não é possível afirmar que tal posicionamento surge em decorrência de parte dos participantes considerarem que este dado seria irrelevante porque acreditam que ser mais indicada a prestação de um atendimento igualitário a todas às usuárias, desconsiderando suas especificidades, ou se estão emitindo um posicionamento de que mesmo diante desta informação, desconsiderariam este dado, por exemplo, por motivos de ordem pessoal.

Contudo, evidencia-se que a desconsideração da orientação da sexualidade das lésbicas é um agravante ao quadro da vulnerabilidade, bem como um fator que intensifica ainda mais a situação de invisibilidade social que atinge esta população. Trata-se de um dado importante e preocupante, haja vista que alguns estudos (Coelho, 2001; Granado, 1998, Lima, 2006) apontaram que a revelação da orientação sexual é algo de suma importância para o estabelecimento de um atendimento adequado, contudo, é sabido que trata-se de uma decisão bastante delicada e que por isso não deveria ser jamais desconsiderada pelos profissionais de saúde.

Nas pesquisas de Granado (1998), Coelho (2001) e Lima (2016) foi demonstrado que entre lésbicas que buscaram atendimento em saúde em diferentes serviços ginecológicos e que chegaram a revelar a orientação sexual para os profissionais, ocorreram relatos sobre a existência comportamentos de surpresa, constrangimento, avaliativos e até discriminatórios advindos dos profissionais após feita a revelação.

Outro estudos indicam que as mulheres lésbicas possuiriam especificidades e demandas que são mais incidentes dentro desta população e que carecem de maior preocupação por parte dos profissionais, como por exemplo o estudo de Pinto (2004), que aponta uma maior ocorrência de múltiplas parcerias; práticas sexuais sexo com parceira menstruada; compartilhamento de acessórios sexuais sem troca de preservativos ou higienização; e uso de psicoativos.

O mesmo estudo também demonstrou que as práticas sexuais entre mulheres realizadas de maneira desprotegida, ou seja, sem uso de nenhum tipo de barreira preventiva, seria um fator agravante para o aumento da vulnerabilidade às IST's, pois nas práticas sexuais desprotegidas poderia ocorrer a troca de fluídos portadores das infecções (Pinto, 2004).

Assim, seria no mínimo irresponsável, por parte dos profissionais de saúde, desconsiderar estas e outras especificidades relacionados às vivências da sexualidade nesta população. Além disso, tal desconsideração pode representar uma prática de negligência em saúde, pois ao desconsiderar às demandas das mulheres lésbicas, o profissional de saúde, especialmente os médicos, podem vir a deixar de investigar identificar diferentes patologias que, se não investigadas e posteriormente tratadas, incidem diretamente na qualidade de vida das usuárias, e em alguns casos, diante da possibilidade de agravo do quadro patológico, até mesmo em risco de morte.

Destaca-se que, ao desconsiderarem a orientação sexual das usuárias lésbicas, os profissionais de saúde passariam a oferecer um atendimento genérico a estas mulheres, não direcionados às suas realidades. As respostas dos participantes a seguir enfatizam esta situação:

> "Não. Não seria algo que afetaria o atendimento. Todos precisam ser tratados de forma igual, sem distinção. O atendimento deve ser igual para todos os pacientes, independente das diferenças, que não devem ser consideradas" (Participante 7; Gênero Masculino).

> "Não, independente de sua orientação sexual, serão tratados igualmente". (Participante 17; Gênero Feminino).

Embora não seja possível afirmar, acredita-se, a partir das respostas destacadas, que nas respostas dos participantes 7 e 17 podem estar presentes expressões relacionadas à busca por oferecer um atendimento igualitário como forma de afirmação de que suas práticas profissionais estariam, nas suas percepções, embasadas em ações de igualdade, livre de distinção relativos à orientação sexual. Trata-se na verdade de um discurso raso, e que demonstra um desconhecimento dos participantes acerca do que seria equidade em saúde, princípio norteador

do SUS. Tais respostas se contradizem na tentativa de justificarem a necessidade de um atendimento igualitário, mas sem considerar que as desigualdades existem, e que a principal forma de as combater, nos atendimentos em saúde, seria considerar as diferenças. Primeiro porque as mulheres não são iguais e, segundo, porque as diferenças existem, já foram comprovadas por estudos epidemiológicos nacionais e internacionais, e tentar desconsiderá-las, tornando como ideal o discurso da igualdade fundada na ignorância das diferenças, faz com que estes profissionais cada vez mais reforcem as desigualdades e a invisibilidade para esta população.

Em outras repostas, foi percebido que alguns participantes justificaram suas atitudes desfavoráveis à consideração da informação sobre a orientação sexual das usuárias dos serviços de saúde, a partir da noção de que a orientação sexual faria parte da individualidade de cada pessoa, e por isso, deveria ser preservada ou até omitida:

> "Não acho que ser obrigação e sim se as pacientes acharem pertinente" (Participante 3; Gênero Feminino).

> "Não. Porque faz parte da individualidade da paciente, que deve ser respeitada" (Participante 8; Gênero Masculino).

> "Não. Porque é um assunto que só diz respeito a ela" (Participante 13; Gênero Feminino).

> "Trata-se de uma particularidade da paciente, se ela quiser falar a respeito, tudo bem, caso contrário, não faz diferença" (Participante 19; Gênero Feminino).

> "Na verdade, acho invasivo, pois é algo particular da pessoa" (Participante 31; Gênero Feminino).

Aqui também não seria possível afirmar, se para os participantes que emitiram respostas se posicionando sobre a pessoalidade da orientação das usuárias, de fato, a orientação sexual é encarada por estes como um tabu, um tema delicado, como algo pertencente ao íntimo de cada um, ou se, na verdade, tais repostas apenas são estratégias para retirar desses profissionais a obrigatoriedade de prestarem atendimento direcionado às especificidades das usuárias lésbicas. Contudo, independente do motivo, as atitudes desfavoráveis a esta situação possuem consequências na promoção e no cuidado à saúde destas mulheres.

O Ministério da Saúde (MS, 2011) passou a incentivar a inclusão dos quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, nos prontuários clínicos, haja visto essa ser a única maneira de saber se uma mulher se identifica enquanto lésbica, bissexual ou simplesmente mantém relações sexuais com mulheres ou se um homem é gay, bissexual e/ou faz sexo com outro homem. Contudo, é importante destacar que a resposta advinda desta pergunta deve ser usada pelo profissional em favor do atendimento e da usuária, de modo que a partir dela o atendimento possa de moldado, tendo como ênfase o respeito e a ética profissionais.

Além disso, Rodrigues (2011) salienta que cabe as usuárias, e unicamente a elas, a decisão pela revelação da homossexualidade, bem como o interesse em manter discussões sobre suas práticas sexuais. A opção por não revelar é um direito da mulher, logo, deve haver respeito de toda equipe para com a usuária que opte em manter o silêncio em relação a este assunto. Por isso, o treinamento prévio dos profissionais é fundamental para que os mesmos adquiram conhecimento técnicos de como manusear estas situações. A forma como o assunto é abordado e introduzido durante o atendimento pode auxiliar na decisão das usuárias em revelar ou não a orientação sexual.

Contudo, a capacitação técnica, isolada, pode não ser suficiente para o desenvolvimento de habilidades nos profissionais, visto que, por estarem lidando com vidas humanas, que muitas vezes carregam traumas, medos e inseguranças decorrentes, geralmente, de experiências de exclusão em diferentes contextos, faz-se necessário que estes profissionais tomem reflitam sobre a importância de abandonar preconceitos internos, estigmas e crenças distorcidas sobre a diversidade sexual humana. Assim, esses passariam a tentar policiar condutas erradas, formas de expressão que carreguem preconceitos, bem como ampliar a visão de que, pare além de uma orientação sexual, a pessoa a sua frente é um ser humano em sua totalidade, detentor de direitos e que deve ter sua dignidade garantida. É um trabalho conjunto, entre a técnica e subjetividade, que poderá propiciar transformações culturais.

Dentro do modelo multicomponente das atitudes (Zana & Rempel, 1988), é possível considerar que as atitudes manifestadas pelos participantes e que estão constituindo a primeira categoria final, dizem respeito a processos cognitivos referentes ao conhecimento dos mesmos sobre à orientação sexual das usuárias. Os participantes apresentaram posicionamentos, baseados em suas percepções sobre a relevância da informação da orientação sexual da usuária. Nesse sentido, destaca-se que foram localizadas atitudes favoráveis e desfavoráveis à revelação da orientação por parte da usuária.

Infere-se, com base nas respostas dos participantes, que existiria também a presença de atitudes relacionados ao componente comportamental, visto que, para diferentes participantes,

a informação sobre a orientação sexual da usuária, poderia desencadear diferentes condutas de atendimento por parte dos profissionais, tanto positivas quanto negativas.

II. Vulnerabilidade às IST's

Conhecimentos sobre IST's

A categoria final "Vulnerabilidade às IST's" agrupou uma categoria intermediária e algumas categorias iniciais que possuem como conceito norteador as atitudes dos profissionais de saúde frente a possibilidade de as lésbicas serem menos vulneráveis às IST's. Assim, esta categoria final foi constituída por uma única categoria intermediária, denominada "Conhecimentos sobre IST's".

Quando questionados sobre a possível existência de uma invulnerabilidade do corpo lésbico às IST's, alguns profissionais de saúde emitiram respostas que podem ser inferidas como atitudes contrárias à crença da possível invulnerabilidade do corpo lésbico:

> "Não. Qualquer pessoa que tenha vida sexual ativa pode contrair ISTs" (Participante 3; Gênero Feminino).

> "Não acredito. Já é sabido que ISTs não são exclusividades de relações heteroafetivas, mas independem dos gêneros que a praticam" (Participante 4; Gênero Masculino).

> "Acredito que não exista tal invulnerabilidade, não é uma questão isolada por gênero" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "Não são invulneráveis, mas possuem um risco bem menor. Não conheço nenhum caso de mulher lésbica com IST adquirido em relação só com outra mulher" (Participante 8; Gênero Masculino).

A partir das respostas dos participantes 3, 4, 6 e 8, infere-se a existência de atitudes contrárias acerca da ideia de que as mulheres lésbicas, por manterem práticas sexuais com outras mulheres, seriam invulneráveis às IST's. Trata-se de um resultado interessante, visto que se difere dos resultados de alguns estudos anteriores, como o de Melo (2010), em que foi identificada a ocorrência da ideia de invulnerabilidade às IST's nas mulheres lésbicas, por parte dos profissionais de saúde.

Contudo, não se pode deixar de destacar a resposta do participante 8, que embora considere que as lésbicas não são totalmente invulneráveis às IST's, salienta que esta

vulnerabilidade, mesmo existente, seria menor, se comparada a outras populações pois, segundo o participante, desconhece casos de IST's adquiridas em relacionamentos unicamente entre lésbicas. Esta visão pode estar relacionada a outro elemento identificado nas respostas de alguns participantes, que seria a ideia de que o agravo no quadro da vulnerabilidade, só ocorreria, diante da presença das práticas sexuais com homens, o que, de certa forma, atribui ao corpo masculino à culpa pelo aumento da vulnerabilidade às IST's.

> "[...] se praticaram relação sexual com homens em um momento anterior" (Participante 1; Gênero Feminino).

> "Como não tem presença de homem acho que o risco é menor" (Participante 31; Gênero Feminino).

Este resultado corrobora os resultados de Melo (2010), que também identificou uma associação, realizada por profissionais de saúde, entre a participação masculina nas práticas sexuais e o maior risco à transmissão de IST's, já que, para alguns participantes de seu estudo, o corpo masculino também foi considerado como principal meio de transmissão das infecções.

Trata-se de uma visão controvertida, que pode vir a reforçar a falácia do corpo feminino como menos vulnerável, podendo dessa forma estimular que práticas sexuais desprotegidas ocorram com maior frequência entre as mulheres, sob amparo de que seus corpos, em decorrência de suas práticas sexuais, seriam menos propensos às IST's, bem como, poderia fazer ressurgir na sociedade a crença, já superada, de que seriam os homens, especialmente os homossexuais, os principais responsáveis pela disseminação de infecções sexualmente transmissíveis, ideia que foi recorrente na década de 1980 por ocasião da explosão dos casos de HIV no mundo.

Alguns participantes também apontaram quais seriam, nos seus posicionamentos, as possíveis formas de transmissão das infecções entre mulheres:

> "Precisam ser avaliados que tipo de objetos são usados" (Participante 1; Gênero Feminino).

> "Se existe contato com fluídos e meios de atrito, pode haver contaminação" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "Podem pegar doenças sim, pelo ato desprotegido" (Participante 11; Gênero Feminino).

> "Não, elas podem pegar. Porque se a parceira tem, através do sexo oral e do contato corpo-a-corpo e dos brinquedos pode haver contaminação" (Participante 15; Gênero Feminino).

A partir das respostas das participantes 1, 6, 11 e 15, é possível inferir que, para estes participantes, existiriam algumas formas de transmissão das infecções entre mulheres. As participantes 1 e 15, por exemplo, destacam, de forma geral, que se faz necessário atentar para os tipos de objetos que são utilizados durante as práticas sexuais. Possivelmente as participantes fazem referência ao uso de brinquedos eróticos, como vibradores, dildos, plugs, entre outros, que costumam ser usados nas práticas sexuais, sejam entre mulheres ou não.

Esse aspecto foi anteriormente apontado por Pinto (2004), que evidenciou em seu estudo que o compartilhamento de acessórios sexuais não higienizados ou sem trocas de preservativo seria um fator agravante de risco às IST's. Além disso, é importante que em suas práticas, as lésbicas atentem para os tipos e formatos de objetos a serem utilizados, visto ser necessário que estes sejam anatomicamente indicados para serem utilizados nas práticas sexuais, de modo a não provocarem ferimentos na região genital, que poderiam vir a servir de porta de entrada às IST's.

A participante 6 cita, como possível forma de transmissão, o contato com fluídos e o atrito que pode ocorrer durante as práticas sexuais entre mulheres. Acerca desse fato, Carvalho (2013) demonstrou que a troca de fluídos corporais, tais como o sangue menstrual e o líquido lubrificante vaginal, seriam formas possíveis de transmissão de IST's. Além disso, o atrito que pode vir a ocorrer a partir de práticas sexuais desprotegidas mais intensas, poderiam ocasionar esfoladuras genitais, e dessa forma, tornar-se um fator de risco (Almeida, 2009).

Analisando a categoria final Vulnerabilidade às IST's, a partir das suas categoriais inicias e intermediárias, é possível considerar que dentro das dimensões das atitudes (Zana & Rempel, 1988), esta categoria também diz respeito a processos cognitivos, que neste caso, são referentes ao conhecimento dos participantes acerca das IST's em lésbicas (formas de prevenção, meios de transmissão, risco ao adoecimento e especificidades em saúde). Assim, os participantes apresentaram posicionamentos baseados em seus conhecimentos sobre IST's na população de mulheres lésbicas.

Não foram localizadas, nessa categoria final, respostas que pudessem ser consideradas como pertencentes as dimensões afetiva e comportamental das atitudes. Trataram-se de

respostas relacionadas ao conhecimento dos participantes, por isso, destaca-se o enquadramento dessas na dimensão cognitiva do modelo multicomponentes (Zana & Rempel, 1988).

III. Serviço Especializado

Benefícios à Promoção da Saúde Sexual

A última categoria final localizada no presente estudo foi nomeada "Serviço Especializado", e agrupou três categorias intermediárias e algumas categorias iniciais, que possuem como conceito norteador as atitudes dos profissionais de saúde frente a necessidade de existência de um serviço específico como profissionais de saúde especializados no atendimento à saúde de lésbicas. Neste sentido, foram localizadas três categorias intermediárias, sendo a primeira delas nomeada "Benefícios à Promoção da Saúde Sexual", em que destaca-se que alguns participantes consideraram que este tipo de serviço poderia trazer diferentes benefícios à promoção da saúde sexual das usuárias lésbicas:

> "Sim. Devemos seguir os principio doutrinário do SUS da equidade, que diz tratar de forma desigual os desiguais, ou seja, se por algum motivo essa parcela da população tem dificuldade de ter acesso a saúde por machismo ou homofobia, devemos fazer um meio para que este acesso seja facilitado" (Participante 2; Gênero Masculino).

> "Sim. Porque seria um serviço dedicado às necessidades delas, com enfoque nessas diferenças para diminuir as desigualdades em saúde" (Participante 4; Gênero Feminino).

> "Sim. Para melhor cuidar de forma a direcionar os cuidados específicos com profissionais qualificados" (Participante 26; Gênero Feminino).

Infere-se a existência de atitudes favoráveis nos participantes 2, 4 e 26 acerca da possibilidade de criação de um serviço especializado no atendimento de mulheres lésbicas. Para estes participantes, os serviços específicos poderiam, entre outras coisas, garantir à equidade nos atendimentos, princípio basilar no SUS que estabelece a necessidade de considerar as diferenças para se promover a igualdade. Dentro da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2011) algo semelhante já ocorre para a população transexual, visto que, em algumas capitais, como São Paulo, Recife e João Pessoa, foram criados ambulatórios para o atendimento especializado da população transexual, oferecendo diversos serviços. Tratam-se de locais em que as especificidades da população trans são consideradas e respeitadas, de modo que o

atendimento é direcionado e baseado na equidade, integralidade e na ausência de discriminação e preconceitos.

A experiência com a população trans demonstra que é possível a existência de serviços direcionados para as demais populações que necessitem de um atendimento mais direcionado, e que poderiam, nesses espaços, expor suas necessidades, suas dúvidas e questionamentos, sem se preocuparem em vivenciarem situações de discriminação ou de desconsideração de suas especificidades, já que a equipe possui treinamento para oferecer atendimentos humanizados.

Para alguns participantes, este tipo de serviço poderia promover uma maior qualidade nos atendimentos prestados às usuárias nos serviços de atenção básica, conforme destacado nas respostas a seguir:

> "Acredito que poderia existir sim, para que fossem realizados acolhimentos e condutas específicas a fim de se quebrar paradigmas e criar protocolos que possam ser expandidos a todos os níveis de atenção em saúde e com isso melhor a qualidade do atendimento" (Participante 2; Gênero Masculino).

> "Acredito que estes serviços especializados podem aproximar as lésbicas dos cuidados em saúde, aumentando a oferta de serviços de qualidade às necessidades delas" (Participante 6; Gênero Feminino).

A partir das respostas dos participantes 2 e 6 percebe-se que na visão dos mesmos a criação de serviços especializados para o atendimento e o cuidado à saúde de lésbicas poderia interferir positivamente na qualidade dos atendimentos em saúde oferecidos a estas mulheres. Logo, considera-se que o Estado deveria, por meio das políticas públicas em saúde, fomentar o desenvolvimento e implantação desse tipo de serviço, principalmente, tendo em vista que a própria Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2011) orienta gestores e profissionais sobre a necessidade de que os atendimentos em saúde devam ser direcionados às especificidades de cada expressão de gênero e de sexualidade, motivo pelo qual estratégias deveriam ser pensadas para que fosse possível se alcançar esse objetivo.

Assim, se estão ocorrendo falhas na busca pela prestação equânime nas atuais unidades de atenção básica, talvez fosse mais indicada a elaboração de um plano direcionado e objetivo que, entre outras metas, pudesse incluir a criação desses espaços de saúde direcionados para à diversidade.

Alguns participantes também evidenciaram que a criação dos serviços especializados para o atendimento e cuidado à saúde de lésbicas poderia favorecer a formação de um ambiente mais receptivo para o acolhimento destas usuárias nas unidades, conforme as respostas a seguir:

> "A vantagem desses serviços especializados e que, caso elas se sintam bastante envergonhadas na USF comum, poderiam buscar outro local mais receptivo para cuidar da saúde" (Participante 27; Gênero Masculino).

> "Se for para deixá-las mais à vontade, sem ansiedade ou constrangimentos, talvez sim. Neste caso o serviço especializado poderia ser mais receptivo" (Participante 30; Gênero Masculino).

Tratam-se de visões favoráveis dos participantes acerca da criação dos serviços específicos para o atendimento de mulher lésbicas, visto que estes participantes consideram importante o oferecimento de acolhimento adequado às usuárias, e que, com base em suas respostas, pode-se inferir que para estes participantes o acolhimento nos serviços existentes seria menos receptivo. Estes dados corroboram os achados de Rodrigues (2011) que identificou, na fala de alguns participantes de seu estudo, relatos de que a relação entre usuários e profissionais, especialmente entre médico-paciente, é na maioria dos casos, marcada por distanciamento e pouco acolhimento dos profissionais nos serviços de saúde.

Um dos principais motivos para o agravo desse distanciamento, segundo Rodrigues (2011), poderia ser a existência de problemas estruturais nas unidades. Contudo, é necessário considerar que os problemas estruturais das unidades podem ser apenas um dos agravantes para a falta de acolhimento, visto que, elementos de ordem subjetiva dos próprios profissionais podem também atuar conjuntamente, de forma a possibilitar ou não o oferecimento de condutas favoráveis ao acolhimento às usuárias.

Ausência de Necessidade

A segunda categoria intermediária que compõe a categoria final "Serviço Especializado" foi intitulada "Ausência de Necessidade". Nesta categoria, estão agrupadas as respostas dos participantes que indicam a existência de atitudes desfavoráveis à existência de serviços específicos com profissionais de saúde especializados para o atendimento de usuárias lésbicas.

Alguns participantes apresentaram atitudes desfavoráveis a partir da justificativa de que os serviços atuais já eram suficientes para prestar atendimento adequado à população lésbica, sendo desnecessária e existência de serviços especializados, conforme destacado a seguir:

> "Não, porque acredito que todo médico na UBS deve ser apto a atender qualquer pessoa" (Participante 1; Gênero Feminino).

> "Não. Porque a atenção básica já pode atendê-las no que elas precisarem, sem restrição" (Participante 5; Gênero Feminino).

> "Acredito que o serviço atual já supre o que se espera do serviço básico. Existem outras áreas da saúde com mais necessidades" (Participante 8; Gênero Masculino).

De maneira geral, a partir das respostas de alguns participantes, percebe-se a existência de justificativas que os mesmos consideram como plausíveis para que não sejam desenvolvidos e implantados locais que possam oferecer serviço especializado e voltado à promoção e ao cuidado da saúde da população lésbica. Observa-se que, de forma geral, o conteúdo das respostas aponta para ideia de que os profissionais das unidades de saúde devem ser aptos ao atendimento de todos os indivíduos. Trata-se de fato de um ideal, visto ser o esperado de um profissional de saúde, que terá de atuar junto a diferentes populações, no entanto, por ser um ideal, ainda não se efetiva enquanto realidade na maioria dos serviços de atenção básica existentes pelos país.

Embora o Estado busque garantir o direito à saúde desta população por meio de políticas públicas de saúde, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (MS, 2011), que orienta, entre outras questões, sobre a necessidade que sejam promovidos treinamentos e capacitação dos profissionais de saúde para o cuidado e manejo adequado da população LGBTQ+, sabe-se que, na realidade, há uma lacuna entre o que é pretendido e o que de fato é oferecido.

Alguns estudos como os de Melo (2010) e Lima (2016) apontaram o despreparado dos profissionais de saúde em lidar apenas com a informação de que a usuária é lésbica, onde em alguns casos manifestaram comportamento de surpresa ou até condutas discriminatórias, como por exemplo, encerrando o atendimento e informando à usuária que não atende mulheres lésbicas (Lima, 2016). Ou seja, o despreparado profissional faz com que, muitas vezes, ocorra o confronto este as práticas profissionais e seus preconceitos pessoais, dificultando a operacionalização da informação trazida pela usuária (Barbosa & Facchini, 2009).

Logo, seria um devaneio considerar que os profissionais, em sua totalidade, estão totalmente aptos para este tipo de atendimento, pois essa visão parte do princípio de que os mesmos recebem treinamento adequado desde o processo de formação acadêmica e após, de forma contínua, e para além disso, conseguiram manejar e superar seus preconceitos internos em favor do atendimento equânime e livre de discriminação, o que na realidade diária está bem distante de ocorrer.

Alguns participantes também emitiram respostas justificando suas atitudes contrárias à existência dos serviços especializados por considerarem que não haveriam diferenças que justificassem a necessidade de atendimento diferenciado a vir a ser prestado às mulheres lésbicas, se comparados aos atendimentos prestados às mulheres heterossexuais, conforme destacado a seguir:

> "Não. Porque elas devem ser tratadas como mulheres, seu organismo feminino não é diferente por serem mulheres" (Participante 16; Gênero Feminino).

> "Não. Lésbica é igual a outra mulher, não precisa de um tratamento diferenciado" (Participante 25; Gênero Feminino).

> "Não, não tem necessidade dessa exclusividade, são iguais, não tem diferenças físicas, só de comportamento" (Participante 31; Gênero Feminino).

A partir da análise das respostas acima, verifica-se que, para as participantes 16, 25 e 31, não existiriam diferenças entre uma mulher lésbica e outras mulheres, que justificassem a necessidade de existência de serviços especializados em saúde. As participantes argumentam, de forma geral, que não existiriam diferenças entre mulheres lésbicas e as demais mulheres, sejam diferenças biológicas ou físicas. Embora de certa forma estes argumentos não estejam de um todo equivocados, seu uso enquanto justificativas para negação dos serviços especializados para as mulheres lésbicas, parecem ter relação com um discurso igualitário, anteriormente já destacado, que na verdade, pode mascarar um núcleo preconceituoso, visto que, ao se posicionarem contra os serviços que poderiam promover a equidade no direito à saúde através do discurso da inexistência de diferenças, as participantes reforçam a invisibilidade social da população lésbica, ao mesmo tempo em que negam suas especificidades, demandas, e para além disso, desconsideram as diversas formas de manifestação de violação de direitos pelas quais as lésbicas foram, ou ainda podem ser, vítimas, inclusive, dentro do próprio serviço de saúde.

Acredita-se também, que talvez, o desconhecimento e a falta de informações adequadas possam ser o motivo que embase as respostas emitidas pelas participantes, pois, é possível que desconheçam a existência de especificidades em saúde, em especial saúde sexual, das lésbicas. No estudo de Melo (2010) foi revelado que alguns profissionais também desconsideram a existência de especificidades em saúde sexual das lésbicas, justificando, entre outras questões, que às práticas sexuais entrem mulheres não poderiam ser categorizadas como relações sexuais, e que por isso determinadas medidas não necessitavam serem tomadas, como o uso de barreiras

para a prevenção de IST's. Este quadro reforça a hipótese de desconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, acerca da realidade em saúde da população lésbica.

Dificuldades de Implementação

A terceira e última categoria intermediária que compõe a categoria final "Serviço Especializado" foi intitulada "Dificuldades de Implementação". Esta categoria intermediária é composta pelo agrupamento de respostas que indicam a existência de atitudes desfavoráveis à existência de serviços específicos com profissionais de saúde especializados para o atendimento de usuárias lésbicas a partir de elementos que vão desde a preocupação com o aumento erário do Estado, até o despreparo profissional.

Assim, para alguns participantes, a geração de custos extras ao Estado, que poderiam ser ocasionados com a implementação dos serviços específicos para o atendimento em saúde da população lésbica, seria um dos fatores que justificariam, para estes participantes, a atitude desfavorável à existência de tais serviços, conforme demonstrado a seguir:

> "Não. Porque iria gerar mais gastos públicos para uma área já sem investimentos" (Participante 8; Gênero Masculino).

> "Não, o importante é atender. Além dos mais, poderia gerar mais gastos para o governo" (Participante 21; Gênero Masculino).

A partir das respostas dos participantes 8 e 21, infere-se a existência de atitudes desfavoráveis em relação a implantação de serviços específicos para o atendimento de lésbicas com base na justificativa dos participantes de que esses serviços iriam onerar ainda mais o Estado. Trata-se de uma questão que também está atrelada aos princípios reserva do possível em oposição a necessidade de garantia do mínimo existencial, termos jurídicos e que ultrapassam os objetivos analíticos dos presente estudo, no entanto, de forma breve, considera-se que acima de qualquer questionamento acerca da onerosidade do Estado, deve ser evidenciado que a saúde é um direito de todos, sem exceção, como bem destaca o Art. 196 da Constituição Federal de 1988. Dessa forma, a Constituição Federal abre a possibilidade de interpretação de que todos os indivíduos, sem diferenças, inclusive de orientação sexual, tenham o direito a saúde, e para que isso se torne um direito concreto, a própria Constituição segue dizendo que a saúde é um "dever do Estado", que deve atuar para garantir sua efetivação (Constituição Federal do Brasil, 1988).

Assim, sendo do Estado esta responsabilidade, no caso de existirem deficiências no cumprimento desse direito, como ocorre, por exemplo, nas dificuldades existentes para a

promoção da atenção e do cuidado em saúde para a população lésbica na maioria dos serviços de atenção básica, o Estado deveria buscar meios de superar estas deficiências para que o direito constitucional seja garantido. E no caso da população lésbica, se uma das formas de superação dos empecilhos à promoção da saúde seja a criação de estratégias como a elaboração e implantação dos serviços específicos, o Estado pode e deve pensar na possiblidade de investimento, mesmo diante da onerosidade, pois trata-se de uma despesa necessária para a garantia de um direito constitucional, e que por isso deveria ter seu cumprimento garantido.

Contudo, mesmo diante disso, sabe-se que na prática, a eficácia da garantia dos direitos constitucionais exige uma discussão mais ampla e aprofundada, no entanto, considera-se vaga a justificativa dos participantes por se basearam apenas em questões financeiras, esquecendo de elementos como a necessidade de garantia da saúde e do bem maior que seria a vida desta população. Uma das formas de garantir a vida é promovendo, de forma adequada, a saúde, e é aqui que estaria um dos principais motivos que justificam a necessidade da existência de serviços específicos e adequados às necessidades destas mulheres.

Alguns participantes também sinalizaram atitude desfavorável à implementação dos serviços específicos a partir da explicação de que estes poderiam favorecer o aumento das situações de preconceito e até de segregação social, conforme apresentado a seguir:

> "Não. Acho que aumentaria a segregação" (Participante 3; Gênero Feminino).

> "Isto só separa ainda mais e cria estigma e preconceitos" (Participante 10; Gênero Feminino).

> "Não, porque isso pode segregar ainda mais" (Participante 20; Gênero Feminino).

Nas respostas em destaque percebe-se que as participantes 3, 10 e 20 evidenciam uma possível piora no quadro do preconceito em relação às lésbicas, acentuada pela existência de serviços voltados para o atendimento desta população. Trata-se de uma justificativa incoerente, visto que, os serviços especializados poderiam, de forma contrária ao aumento das desigualdades, promover a equidade, ou seja, a igualdade de oportunidades aos desiguais. Acredita-se que o preconceito pode, de certo modo, também se tornar mais evidente, mais flagrante, tanto por parte da sociedade, quanto dos profissionais que apresentem relutância em aceitar a diversidade sexual.

Contudo, como forma de amenizar esta situação, podem ser pensadas estratégias como divulgação de campanhas informativas, palestras e materiais que possam facilitar a reflexão e a formação de novas crenças e atitudes favoráveis, e talvez até possibilitem que modifiquem suas condutas. Cabe a necessidade de pesar as vantagens e desvantagens, e diante das desvantagens, propor formas de minimizá-las, diante dos benefícios que os serviços especializados poderiam proporcionar para a saúde da população lésbica.

Por fim, alguns participantes apresentaram respostas que podem indicar atitudes desfavoráveis à ideia de criação dos serviços específicos para o atendimento das lésbicas em decorrência de acharem que questões políticas podem atuar como impeditivos, por exemplo, governantes não pactuarem com a ideia de criação dos serviços, por terem posicionamentos conservadores embasados em crenças religiosas. As respostas a seguir evidenciam esta situação:

> "Sim, mas confesso que tenho medo de retaliação. Vivemos tempos políticos difíceis, vejo crescer a intolerância" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "Sim. Seria muito importante para esse grupo. Porém, acho muito difícil isso ocorrer, principalmente porque há uma articulação política muito perversa contras as minorias, acho quase impossível isso acontecer" (Participante 7; Gênero Masculino).

> "Mas acho que no Brasil dificilmente se consolida, porque o preconceito é muito forte, e casa vez mais isso vem ganhando amparo de grupos religiosos e políticos" (Participante 10; Gênero Feminino).

Nas respostas dos participantes 6, 7 e 10 é evidente a consideração de que elementos relacionados ao conservadorismo político e religioso seriam os principais fatores impeditivos à implantação dos serviços se saúde específicos para à saúde das mulheres lésbicas. Considera-se estes apontamentos como condizentes com a realidade pela qual o Brasil vem vivenciando desde o final do ano de 2018.

É sabido que o Brasil possui uma cultura enraizada em conservadorismo que, mesmo oscilando em diferentes intensidades ao longo das épocas, vem ganhando força e forma em nossa sociedade. Trata-se da fusão da política com a religião, que juntos, propiciam avanços do fundamentalismo religioso em espaços que deveriam ser democráticos, e em um país que deveria ser laico.

A ascensão de representantes políticos ultraconservadores corresponde um risco à diversidade sexual, visto que, para os grupos conservadores, aquilo que é diferente deve ser

combatido. Assim, decisões baseadas em dogmas religiosos e ideologias excludentes, que acabam por oprimir minorias sexuais, deslegitimam as pautas da população LGBTQ+. Logo, o conteúdo nas repostas dos participantes representa uma preocupação real, mas que deve ser pensada de forma ampla, pois ultrapassa a decisão de criar ou não serviços específicos para populações LGBTQ+. Trata-se do cerceamento de direitos que são constitucionalmente garantidos, e de outros, que embora não façam parte do texto constitucional, existem por convenções de direitos humanos, súmulas, projetos de leis, e normas sociais que tentam resistir e ajudar a garantir a liberdade dos corpos e das vidas dos indivíduos.

Assim, considera-se uma situação alarmante pois, quando representantes do Estado, que possuem o poder de decidir sobre quais políticas públicas serão criadas e mantidas, quais programas serão desenvolvidos ou extintos, e quais investimentos serão realizados, passam a tomar decisões investidos em posturas conservadores, e que vão de encontro aos princípios constitucionais e dos Tratados Internacionais de Direitos Humanos, acabam por servirem de modelos a serem seguidos por pessoas que compartilham das mesmas visões de mundo, perpetuando violações de direitos, especialmente contra grupos minoritários.

No campo da saúde, mas não apenas nele, é urgente a necessidade de articulação dos grupos sociais, como ONG's e movimentos sociais, que representam os interesses da população lésbica, para que passem, conjuntamente, a exigirem que direitos adquiridos e a adquirir, sejam mantidos e/ou proporcionados, para que o retrocesso não impere.

Em relação ao conjunto de atitudes que emergiram na categoria final Serviços Especializado, considera-se que diferentes dimensões atitudinais podem ser identificas. Inicialmente, percebe-se a presença da dimensão cognitiva e comportamental, que indicam, além de conhecimento prévio sobre as necessidades especificas em saúde das usuárias lésbicas, o quanto a criação dos serviços específicos em saúde para lésbicas poderia melhorar o atendimento. Dessa forma, alguns participantes apresentaram atitudes favoráveis a existência de tais serviços. Fato que pode ser verificado a partir das respostas que evidenciam que esse tipo de serviço pode vir a favorecer o fortalecimento da equidade em saúde, proporcionar maior qualidade nos atendimentos e tornar o serviço mais receptivo às usuárias lésbicas.

Também foram verificadas atitudes que emergiram nas respostas de alguns participantes e que podem ser inseridas na dimensão afetiva. Tais atitudes dizem respeito, por exemplo, ao receio dos participantes ao aumento do preconceito e da segregação social contra as usuárias lésbicas. Estas atitudes podem indicar a presença de afeto positivo direcionado a figura da mulher lésbica, que poderia estar relacionado a elementos como uma maior abertura dos

participantes às questões da luta pelos direitos dessa população, ou talvez por questões relacionadas a uma visão mais humanitária.

Não foram identificados afetos negativos de forma explícita, contudo, não é possível afirmar que todos os participantes possuem afetos favoráveis às lésbicas, visto que, em algumas respostas, foram identificadas atitudes contrárias a criação de serviços específicos para o atendimento de lésbicas, como pode ser visto nas justificativas de que não haveria necessidade de tal serviços, ou porque a criação dos mesmo iria aumentar os gastos públicos.

5. Considerações Finais

O presente estudo objetivou realizar a investigação e a análise de atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas.

Os resultados indicaram a existência de uma dicotomia de atitudes, sendo essas favoráveis e desfavoráveis, e concretizadas por meio de respostas emitidas para questões apresentadas aos profissionais de saúde sobre assuntos como a importância do conhecimento dos profissionais acerca da orientação das usuárias dos serviços de atenção básica; a possibilidade de (in)vulnerabilidade às IST's do corpo lésbico; a (in)existência de especificidades nas práticas sexuais entre mulheres; e sobre a necessidade de elaboração e implantação de um serviço de saúde específico e com profissionais capacitados para o atendimento de lésbicas.

Também foi identificada, em diferentes níveis, a presença das três dimensões que compõem as atitudes: cognitiva, afetiva e comportamental. Contudo, considera-se que as atitudes dos participantes acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas estariam dispostas de forma mais forte na dimensão cognitiva, tendo em vista que essas dimensões se fizeram presentes em todas as categorias finais elencadas, estando as dimensões afetiva e comportamental apenas em uma delas. Assim, infere-se que para os participantes do presente estudo, suas atitudes frente as práticas afetivo-sexuais e a vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas seriam mais influenciadas pelos conhecimentos e informações que estes possuem sobre o tema, do que por elementos afetivos. Logo, seus comportamentos seriam mais preditos por elementos relacionados ao conhecimento que possuem sobre as lésbicas e suas relações afetivo-sexuais, do que pelos afetos que possam ter em relação a elas.

De forma geral, ocorreu uma diversificação de posicionamentos em relação aos questionamentos realizados junto aos profissionais. Contudo, chamaram atenção, principalmente, aqueles desfavoráveis a questões que de alguma forma poderiam auxiliar na promoção do cuidado e na melhoria dos atendimentos em saúde prestados às lésbicas. Destaca-se por exemplo, atitudes desfavoráveis à necessidade de conhecimento dos profissionais acerca da orientação sexual das usuárias. Ao considerarem essa informação irrelevante, alguns profissionais passam também a desconsiderar, inevitavelmente, à necessidade de que o atendimento deva ser baseado nas necessidades reais das usuárias, e assim, consequentemente, poderiam estar oferecendo um atendimento genérico e pouco efetivo às suas realidades.

O discurso da igualdade de atendimento também foi considerado um ponto preocupante, que também foi usado como justificativa por parte dos participantes. Trata-se da ideia de que todos merecem ser tratados igualmente, sem diferenças. No entanto, alguns profissionais desconsideraram a necessidade de atuação baseada nos princípios do SUS, que, por sua vez, evidencia a equidade como forma de diminuir as iniquidades. Oferecer um atendimento equânime seria a principal maneira de vencer as diferenças, pois dessa forma, os profissionais poderiam perceber as diferenças, sem desconsiderá-las, de modo a alcançar a igualdade de oportunidades de cuidado para todas as usuárias.

De forma quase unânime, os participantes também apresentaram atitudes que podem ser consideradas desfavoráveis à ideia de que os corpos lésbicos seriam invulneráveis às IST's, o que apontou a existência de conhecimento dos profissionais sobre os riscos às infecções nesta população. No entanto, esse resultado se contradiz, por exemplo, ao fato de alguns participantes atribuírem à presença do corpo masculino a culpa pela transmissão das IST's, o que reforçaria a falácia da invulnerabilidade das relações exclusiva entre mulheres.

Por fim, considerou-se relevante a existência de atitudes desfavoráveis à elaboração e implantação de serviços de saúde específicos para o atendimento de mulheres lésbicas. Alguns participantes justificaram suas respostas a partir do discurso de que os serviços atuais já seriam suficientes para prestação dos atendimentos direcionados, bem como, consideraram inexistentes as diferenças entre as demandas de mulheres lésbicas e de mulheres heterossexuais, o que serviria apenas para reforçar o discurso da suposta igualdade anteriormente evidenciado.

Questões relativas a fatores econômicos, como maior onerosidade ao Estado, também foram evidenciados como justificativa ao desfavorecimento à criação dos serviços específicos. Preocupações com posturas políticas conservadoras também foram elencadas, estando estas relacionadas à dogmas religiosos, elementos que se fazem presentes no contexto social atual do país.

Em suma, acredita-se que o objetivo principal do estudo de realizar a investigação e a análise de atitudes de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família) acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas, foi alcançado. Diante dos resultado é possível perceber o quanto elementos de ordem individual podem refletir no modo como os atendimentos são oferecidos, visto que, estes elementos fazem parte constituição da percepção que os profissionais possuem acerca da figura da usuária lésbica, e tudo que está associado a ela, como suas demandas, especificidades, formas de prevenção às IST's e promoção da saúde, enfim, todos os elementos que estariam envolvidos no atendimento em saúde.

Sugere-se que estudos futuros possam mensurar as atitudes dos profissionais por meio de técnicas qualitativas, a exemplo de uma escala de atitudes, de modo a serem alcançados resultados mais precisos acerca de como tais atitudes podem refletir nos atendimentos em saúde. Durante a elaboração do presente estudo, não foi localizado nenhum instrumento, nacional ou internacional, que propusesse a mensuração de atitudes de profissionais de saúde da atenção básica acerca das práticas afetivo-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas. Fato que evidencia a carência de instrumentos.

Considera-se também a necessidade de que novos estudos se debruecem em investigar e analisar crenças de profissionais de saúde atuantes em outros tipos de serviços, como os serviços ginecológicos de clínicas particulares, de modo a tornar possível um estudo comparativo de posicionamentos dos profissionais a partir do contexto do tipo de serviço. Por fim, propõe-se que em novos estudos o tema proposto tome como referência outros objetos atitudinais, como mulheres transexuais lésbicas, de modo a verificar se as atitudes dos profissionais variam diante deste fator.

Referências

Almeida, G. S. (2009). Argumentos em torno da Possibilidade de Infecção por DST e Aids entre Mulheres que se Auto-definem como Lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=en&tlng=pt.

Ajzen, I. (2001). *Nature and operation of attitudes*. Annual Review of Psychology, 52, p.27-58). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/12181656_Nature_and_Operation_of_Attitude.

Araújo, M A. L., Galvão, M. T. G., Saraiva, M. M. M., & Albuquerque, A. D. (2006). Relação

Usuária-profissional de Saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. Escola Anna Nery, *10*(2), 323-327. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200022.

Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a Cuidados Relativos à Saúde Sexual entre Mulheres que fazem Sexo com Mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Supl.2), 291-300. Recuperado em 09 dezembro, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2009001400011.

Borrillo, D. (2009). A Homofobia. Em: T. Lionço, & D. Diniz (Org.). *Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio*. Brasília: Letras Livres; EdUnB.

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, *17*(1), 77-93. https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006.

Carvalho, V. A. (2013). *As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde*. Trabalho de Conclusão de curso de Especialização. Curso de Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, RS.

Chaiken, S., Wood, W., & Eagly, A. H. (1996). Principles of Persuasion. Em: E. T. Higgins, & A. W. Kruglanski (Ed.). *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 702-742). New York: Gilford.

Corrêa-Ribeiro, R., Iglesias, F., & Camargos, E. F. (2019). Attitudes Toward Lesbian and Gay Men Scale: validação em médicos brasileiros. *Einstein*, São Paulo, *17*(2), doi: http://dx.doi.org/ 10.31744/einstein_journal/2019AO4527.

Devine, P. G. (1995). Prejudice and Out-group perception. Em: A. Tesser (Ed*.). Advanced Social Psychology* (pp. 467-524). New York: McGraw-Hill.

Eagly, A. H., & Chaiken S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Harcourt.

Farhan, H. M., & Shakir, A. S. (2014). The Prevalence of Mental Disorders among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender (LGBT) in Baghdad. *American Journal of BioMedicine*, 2, p. 1219-1228. Recuperado de: https://ajbm.net/prevalence-mental-disorders-among-lesbian-gay-bisexual-transgender-lgbt-baghdad/.

Fazio, R. H. (1990). Multiple Processes by which Attitudes Guide Behavior: The MODE model as an integrative framework. In M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*, New York: Academic Press, 23, p. 75-109.

Fébole, D. S., & Moscheta, M. S. (2017*). A População LGBT e o SUS: produção de violências no cuidado em saúde*. Em: V Simpósio Internacional em Educação Sexual - saberes/trans/versais currículos identitários e pluralidade de Gênero. Maringá, PR, Recuperado de: http:// www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3164.pdf.

Fishbein, M., & Ajzen I. (1975). *Beliefs, Attitude and Intention: An introduction to theory and research*. reading mass: London, Addison Wesley Publishing Comp.

Gross, J., & Carlos, P. P. (2015). Da Construção da Sexualidade aos Direitos LGBT: uma lenta conquista. *Revista Direito e Política*, Itajaí, *10*(2,), p. 747-761. Recuperado de: https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rdp/article/view/7474.

Gutiérrez, N. I. M. (2007). Siyuación de Salud Sexual y Reproductiva, Hombres y Mujeres Homosexuales Hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, *3*(1), 02-16.

Heck, J., Sell, R. L., & Gorin, S. S. (2006). Health Care Access among Individuals Involved in Same-sex Relationships. *American Journal of Public Health*, *96*(6). doi: 10.2105/AJPH.2005.062661.

Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, *15*(9), 1277-88.

Katz, D., & Stotland, E. (1959). A Preliminar Statement to the Theory of Attitude Structure and Change. Em: S. Rocha (Org.). *Psychology: A study of Science*. New York: McGraw Hill.

Krüeger, H. (2013). Ideologias, Sistemas de Crenças e Atitudes. Em: A. R. R. Torres, & *et al*. (Orgs.). *Psicologia Social: temas e teorias*. Brasília: Technopolitik.

Lima, M. A. S. (2019). *(In)Visibilização da População Lésbica e Direito à Saúde: Promoção da saúde sexual como elemento garantidor da dignidade humana*. Monografia. Graduação em Direito. Centro de Ciências Jurídicas (Unidade Sede) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Lima, V. M. L. M. & D'Amorim, M. A. M. (1986). A Relação Atitude-comportamento à Luz da Teoria da Ação Racional. *Arq. bras. Psic.*, Rio de Janeiro, *38*(1), p. 133-142. Recuperado de:

http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/viewFile/19238/17972.

Lionço, T. (2008). Que direito à Saúde para a População GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003.

Maio, G. R., & Haddock, G. (2010). *The Psychology of Attitudes and Attitude Change*. SAGE Social Psychology Program. London: SAGE.

Martins, André. (2004). Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(14), p. 21-32. Recuperado de: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2004.v8n14/21-32/pt.

Melo, A. P. L. (2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": Gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família.* (Dissertação de Mestrado. Universidade Estatual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro, Brasil). Recuperado de: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp148126.pdf.

Ministério da Saúde. (2011; 2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2014). *Amanhã (17) será celebrado o Dia Internacional contra a homofobia. Veja abaixo o manifesto da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (ABGLT)*. Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2014/05mai_16_lgbt.html.

Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como Recurso Relacional para a Qualificação da Assistência a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. doi:10.11606/T.59.2011.

Paulino, D. B., Rasera, E. F., & Teixeira, F. B. (2019). Discursos sobre o Cuidado em Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre Médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface*, 23. doi: https://doi.org/10.1590/interface.180279.

Pinto, V. M. (2004). *Aspectos Epidemiológicos das Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres que fazem Sexo com Mulheres*. Dissertação de Mestrado. Curso de

Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/34711689_Aspectos_epidemiologicos_das_doencas_sexualmente_transmissiveis_em_mulheres_que_fazem_sexo_com_mulheres.

Paulino, D. B. (2016). *Discursos sobre o Acesso e a Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT entre Médicos(as) da Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Uberlândia, MG.

Rodrigues, J. L. (2011). *Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP.

Rokeach, M. (1981). *Crenças, Atitudes e Valores*. A. M. M. Barbosa (Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Interciência.

Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica, 16*(1). Recuperado de: http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403.

Silva, S. F., Souza, N. M., & Barreto, J. O. M. (2014). Fronteiras da Autonomia da Gestão Local de Saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, *19*(11), p. 4427-4438.

Tanaka, E. D. O. (2007). O Desenvolvimento de uma Escala de Atitudes Sociais em Relação ao Trabalho da Pessoa com Deficiência. Tese de doutorado em Educação. Universidade Estadual Paulista, Marília, São Paulo, SP.

Triandis, H. C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York: Willy.

Triandis, H. C. (1991). Attitude and Attitude Change. Em: *Ency. Hum. Biol*. San Diego, CA: Academic Press.

Zanna, M. P., & Rempel, J. K. (1988). Attitudes: a new look at an old concept. Em: D. Bar-Tal, & A. Kruglanski (Orgs). *The Social Psychology of Knowledge*. New York: Cambridge University Prees.

CAPÍTULO III

ANÁLISE DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA USUÁRIAS LÉSBICAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Resumo: No ano de 2018, dados de um relatório sobre violência contra pessoas LGBTQ+ do Ministério dos Direitos Humanos apontou que, na população de mulheres lésbicas, a violência se materializa em diferentes espaços de socialização, sendo um deles, os serviços de saúde, como, por exemplo, em Unidades de Saúde e Família e hospitais, onde essas mulheres buscaram por atendimento. Esses dados corroboram diferentes estudos que salientam a existência de queixas sobre a qualidade dos atendimentos em saúde recebidos por estas mulheres, muitas vezes constituídos muito mais por comportamentos discriminatórios. Faz-se então fundamental analisar os posicionamentos e condutas dos profissionais de saúde, e o como essas expressões preconceituosas podem refletir no atendimento prestado a essas mulheres, bem como influenciar no quadro da vulnerabilidade em saúde nesta população. **Objetivo:** Investigar e analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde. **Método:** Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com design qualitativo, que permitiu investigar e analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que trabalham em Unidades de Saúde da Família acerca das práticas afeito-sexuais e da vulnerabilidade em saúde sexual de lésbicas. A amostra foi composta pelos menos participantes do Estudo II. Para a coleta dos dados utilizou-se de dois questionários, um sociodemográfico e um composto por cinco questões relacionadas ao enredo apresentado na técnica do *Priming*. Para a análise dos dados utilizou-se os softwares SPSS (estatística descritiva) e a técnica de Análise de Conteúdo Categorial Temática. **Resultados:** Os resultados indicaram a existência de percepções que dividiram os posicionamentos em dois grupos opostos: desfavoráveis e favoráveis à conduta do personagem do médico que negou atendimento médico à personagem Sofia. Foi percebido a desconsideração da existência de situações de discriminação nos serviços de saúde, que pode indicar a possibilidade de ocorrência de reforço na identidade social positiva do grupo, já que, negando a ocorrência da discriminação nos serviços em que atuam, os participantes indicariam uma possível transformação na qualidade dos atendimentos no serviço de saúde, e de certa forma, evitariam possíveis julgamentos sociais. **Considerações Finais:** Conclui-se que o preconceito ainda se faz presente entre os profissionais de saúde, no entanto, é recorrente sua manifestação de forma sutil, já que sua forma explícita seria moralmente e juridicamente reprovável, então, demonstrá-lo de forma sutil seria a forma utilizada por parte dos profissionais que possuem crenças e atitudes desfavoráveis em relação as lésbicas. Contudo, isso não o faz menos danoso para a vítima.

Palavras-chave: Profissionais de Saúde; Preconceito; Discriminação; Lésbicas.

ANALYSIS OF PREJUDICE AND DISCRIMINATION AGAINST LESBIAN USERS IN FAMILY HEALTH UNITS IN THE PERCEPTION OF HEALTH PROFESSIONALS

Abstract: In 2018, data from a report on violence against LGBTQ+ people from the Ministry of Human Rights pointed out that, in the population of lesbian women, violence materializes in different spaces of socialization, one of which is health services, such as , for example, in Health and Family Units and hospitals, where these women sought care. These data corroborate different studies that highlight the existence of complaints about the quality of health care received by these women, often consisting of much more discriminatory behavior. It is therefore essential to analyze the positions and conduct of health professionals, and how these prejudiced expressions can reflect on the care provided to these women, as well as influence the situation of health vulnerability in this population. **Objective:** Analyze the positions of doctors, nurses, nursing technicians and health agents, who work in USF (Family Health Unit), about the existence of prejudice and discrimination against lesbian users in health services. **Method:** It was an exploratory and descriptive study, of a transversal character, with qualitative design, which allowed to investigate and analyze the positions of doctors, nurses, nursing technicians and health workers who work in Family Health Units about the affection-sexual practices and the vulnerability in sexual health of lesbians. The sample was composed of the least participants in Study II. For data collection, two questionnaires were used, one sociodemographic and one composed of five questions related to the plot presented in the *Priming* technique. For data analysis, SPSS software (descriptive statistics) and Thematic Categorical Content Analysis technique were used. **Results:** The results indicated the existence of perceptions that divided the positions in two opposite groups: unfavorable and favorable to the conduct of the character of the doctor who denied medical assistance to the character Sofia. It was noticed the disregard of the existence of situations of discrimination in health services, which may indicate the possibility of reinforcement in the positive social identity of the group, since, denying the occurrence of discrimination in the services in which they work, the participants would indicate a possible transformation in the quality of care in the health service, and in a way, would avoid possible social judgments. **Final Considerations:** It is concluded that prejudice is still present among health professionals, however, its subtle manifestation is recurrent, since its explicit form would be morally and legally reprehensible, so to demonstrate it in a subtle way would be the form used by professionals who have unfavorable beliefs and attitudes towards lesbians. However, this does not make it any less harmful to the victim.

Keywords: Health professionals; Preconception; Discrimination; Lesbians.

ANÁLISIS DE PREJUICIO Y DISCRIMINACIÓN CONTRA LOS USUARIOS LESBIOS EN UNIDADES DE SALUD FAMILIAR EN LA PERCEPCIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Resumen: En 2018, los datos de un informe sobre violencia contra personas LGBTQ+ del Ministerio de Derechos Humanos señalaron que, en la población de mujeres lesbianas, la violencia se materializa en diferentes espacios de socialización, uno de los cuales son los servicios de salud, como, por ejemplo, en Unidades de Salud y Familia y hospitales, donde estas mujeres buscaron atención. Estos datos corroboran diferentes estudios que destacan la existencia de quejas sobre la calidad de la atención médica recibida por estas mujeres, que a menudo consisten en un comportamiento mucho más discriminatorio. Por lo tanto, es esencial analizar las posiciones y la conducta de los profesionales de la salud, y cómo estas expresiones prejuiciosas pueden reflexionar sobre la atención brindada a estas mujeres, así como influir en la situación de vulnerabilidad de la salud en esta población. **Objetivo:** Analizar la percepción de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y agentes de salud, que trabajan en la USF (Unidad de Salud Familiar), sobre la existencia de prejuicios y discriminación contra usuarios lesbianas en servicios de salud. **Método:** Fue un estudio exploratorio y descriptivo, de carácter transversal, con diseño cualitativo, que permitió investigar y analizar las posiciones de médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y trabajadores de la salud que trabajan en Unidades de Salud de la Familia sobre las prácticas afectivas y sexuales y la vulnerabilidad en la salud sexual de las lesbianas. La muestra estaba compuesta por los menos participantes en el Estudio II. Para la recolección de datos, se utilizaron dos cuestionarios, uno sociodemográfico y otro compuesto por cinco preguntas relacionadas con la trama presentada en la técnica de *Priming*. Para el análisis de datos, se utilizaron el software SPSS (estadística descriptiva) y la técnica de análisis de contenido categórico temático. **Resultados:** Los resultados indicaron la existencia de percepciones que dividieron las posiciones en dos grupos opuestos: desfavorables y favorables a la conducta del personaje del médico que negó la asistencia médica al personaje de Sofía. Se observó el desprecio de la existencia de situaciones de discriminación en los servicios de salud, lo que puede indicar la posibilidad de refuerzo en la identidad social positiva del grupo, ya que, al negar la ocurrencia de discriminación en los servicios en los que trabajan, los participantes indicarían un posible transformación en la calidad de la atención en el servicio de salud, y de alguna manera, evitaría posibles juicios sociales. **Consideraciones Finales:** Se concluye que el prejuicio todavía está presente entre los profesionales de la salud, sin embargo, su manifestación sutil es recurrente, ya que su forma explícita sería moral y legalmente censurable, por lo que demostrarlo de una manera sutil sería la forma utilizada por profesionales que tienen creencias y actitudes desfavorables hacia las lesbianas. Sin embargo, esto no lo hace menos dañino para la víctima.

Palabras Clave: Profesionales de la Salud; Prejuicio; Discriminación; Lesbianas.

ANÁLISE DO PRECONCEITO E DA DISCRIMINAÇÃO CONTRA USUÁRIAS LÉSBICAS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Introdução

O presente estudo teve por objetivo analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde.

A luta pelos direitos LGBTQ+, realizada por grupos pertencentes à sociedade civil, tem alcançado alguns avanços no que diz respeito a mudanças na legislação que coíbem manifestações de comportamentos discriminatórias. Tais modificações são fruto da inquietação de populações consideradas minoritárias diante falta de garantias do Estado.

A mais recente, e talvez a de maior abrangência, data do ano de 2019, em que ocorreu o entendimento do STF - Supremo Tribunal Federal, de que existiu omissão inconstitucional do Congresso Nacional, por esse não editar lei que criminalize atos de homofobia, de modo que os ministros do STF, em votação, decidiram por enquadrar as práticas de homofobia como tipo penal definido na Lei do Racismo (Lei 7.716/1989), até que o Congresso Nacional venha a editar lei sobre a matéria (Supremo Tribunal Federal [STF], 2019).

Embora tais avanços possam indicar, aparentemente, uma maior abertura para a aceitação social de pessoas homossexuais (Andersen & Fetner, 2008; Carneiro & Menezes, 2007; Costa, Pereira, Oliveira, & Nogueira, 2010), ainda persistem as manifestações explícitas de violência física e/ou violência psicológica, mediante falas e comentários discriminatórios, envoltos de preconceito e intolerância para com a diversidade sexual.

Essa situação vem se agravando cada vez mais pela onda conservadora que vem promovendo um obscurantismo no país, e que possui, como principais representantes, partidos e líderes políticos ultraconservadores envoltos em discursos ultranacionalistas, além de representantes religiosos que buscam moldar os comportamentos a partir de dogmas e visões de mundo totalmente ultrapassadas e incompatíveis com o bem-estar coletivo (Lima, 2019).

Essa fase de desmonte atinge direitos e garantias já conquistas, a exemplo do fim de investimento em programas e campanhas voltados para a promoção da saúde sexual das minorias. Além disso, é possível considerar que a atual situação política e social que atinge o país também possa vir a influenciar no aumento da exteriorização de práticas preconceituosas

e que, até então, eram moralmente reprimidas e desestimuladas, como a discriminação e a violência contra LGBTQ+'s.

No relatório intitulado "População LGBT Morta no Brasil", elaborado pelo Grupo Gay da Bahia, identificou-se que, desde o ano de 2017, vem ocorrendo um aumento significativo de mortes em decorrência de LGBTfobia, se comparado a anos anteriores. Além disso, segundo o mesmo relatório, a cada 20 horas, um LGBTQ+ é assassinado ou se suicida vítima da LGBTfobia, fatos que colocam o Brasil como campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais (Michels, Mott & Paulinho, 2018).

Especificando os grupos afetados pela LGBTfobia, e suas principais formas de manifestação, o Ministério dos Direitos Humanos apontou, um relatório intitulado de "Violência LGBTfóbicas no Brasil: dados da violência", datado de 2018, que na população de mulheres lésbicas, a violência se materializa, do maior para o menor grau, por meio da discriminação, seguido pela violência psicológica e pela violência física (Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

Além disso, o relatório também indicou quais são os principais locais onde ocorrem as violações contra a população lésbica, sendo o principal, a própria residência da vítima, seguido pela rua e outros locais. Faz-se importante mencionar que, dentro da opção "outros locais", estão incluídos, segundo o relatório, os serviços de saúde, como, por exemplo, em Unidades de Saúde e Família e hospitais, onde essas mulheres buscaram por atendimento.

Esse fato corrobora alguns estudos (Coelho, 2001; Lionço, 2008; Barbosa & Facchini, 2009; Melo, 2010; Lima, 2016) que apontam a existência de queixas sobre a qualidade dos atendimentos em saúde recebidos por estas mulheres, muitas vezes constituídos muito mais por comportamentos discriminatórios, condutas inadequadas, situações constrangedoras, conotações preconceituosas ou até ofensas verbais oriundas de alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde (Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007; Knauth, 2009; Meinerz, 2009). Em alguns casos, Paulino (2016) e Fébole (2017) destacam que a discriminação e o preconceito parecem orientar o olhar dos profissionais de saúde para essa população.

Dessa maneira, considera-se que a forma como o atendimento em saúde é conduzido seria de extrema importância para estas mulheres, podendo ser, por um lado, tanto demarcado por situações favoráveis e satisfatórias, que irão beneficiar a promoção da sua saúde sexual desta população, e por outro, podendo ser traumático, apresentando dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias, podendo também se constituir em um espaço para o desenvolvimento de situações de violação, através do preconceito e da discriminação (Araujo, 2015).

Nos atendimentos em saúde a conduta ética deveria se converter em uma regra por parte dos profissionais, e uma exigência para o exercício de todos os trabalhos em saúde (Meinerz, 2011). A exigência por uma atuação ética, inclusive, compõe a maioria dos códigos de ética, aos quais os profissionais de saúde, sejam técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos ou qualquer outro, devem respeitar, sob a pena de receberem punições ao infringirem o que é estabelecido.

Logo, é esperado que os atendimentos em saúde ocorram livres de preconceitos, prejulgamentos ou qualquer forma de discriminação (Carvalho, 2013). Porém, como bem destaca Meinerz (2011), não é possível descartar a existência de um imaginário em saúde, que ao longo do tempo vem sendo compartilhado, em torno da homossexualidade, e da associação que sempre ocorreu, e infelizmente continua a ocorrer, entre homossexualidade e doença. Além disso, como destacam Guimarães, Cavadinha, Mendonça e Sousa (2017) existiria também, no âmbito dos serviços de saúde, uma espécie de minimização do problema, que negaria as práticas discriminatórias e as violações contra a população LGBTQ+.

A homossexualidade enquanto doença parecia ser uma ideia superada, uma infeliz relação que ficou no passado, realizada em algum momento da história e que se perpetuou por um longo tempo em decorrência da influência, principalmente, dos dogmas religiosos. Porém, atualmente, no século XXI, não é difícil encontrar profissionais de saúde que compartilhem essa visão distorcida, preconceituosa e ofensiva da homossexualidade enquanto um desvio do que consideram padrão, ou mesmo uma doença, passível de tratamento e de cura.

Este posicionamento, que considera a homossexualidade como um desvio, possui suas bases no preconceito contra os comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormatizado. Trata-se de uma visão normativa que pode constituir-se enquanto uma barreira simbólica ao acesso universal e igualitário à saúde, podendo influenciar na qualidade da atenção recebida pelos usuários, além de ter o potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte (Lionço, 2008; Carrara, 2012).

Faz-se então fundamental compreender o processo de construção dos posicionamentos preconceituosos, bem como sua expressão comportamental através da discriminação contra a população lésbica, de modo a ser possível analisar os posicionamentos e condutas dos profissionais de saúde, e o quanto essas expressões podem vir a afetar o atendimento prestado a essas mulheres, bem como influenciar no quadro da vulnerabilidade em saúde nesta população.

1. 1 Preconceito, Discriminação e Identidade Social

Dentro do escopo da Psicologia Social, o tema preconceito tem sido estudado, ao longo dos anos, sob diferentes maneiras e perspectivas teóricas (Lacerda, Pereira & Camino, 2002). No entanto, para se suscitar qualquer discussão acerca do preconceito e da discriminação, torna-se fundamental a delimitação dos conceitos que envolvem estes construtos.

Diferentes foram as teorias que buscaram explicar o conceito e a origem do preconceito. Segundo França (2005) a maioria das definições de preconceito possuem em comum o fato de entenderem o preconceito como uma atitude. Para Allport (1954) o preconceito se caracteriza pela existência de atitudes adversas ou hostis direcionadas a um indivíduo que pertence a um grupo, pelo simples fato desse indivíduo pertencer a este grupo. Para o autor, a hostilidade é uma reação apreendida e pode adotar cinco diferentes graus de manifestação: a verbalização negativa, o evitamento, a discriminação, o ataque físico e a exterminação (Allport, 1954).

Já Jones (1972) define o preconceito como um "pré-julgamento", negativo, contra determinados grupos, e que se mantêm mesmo diante de elementos que contrariem este julgamento. Ainda para Jones (1972), o ato de julgar, de forma negativa os indivíduos ou grupos, seria chamado de discriminação, ou seja, a discriminação pode ser conceituada como a materialização de uma atitude negativa, manifesta por meio de um comportamento, resultante do preconceito.

Para Lacerda, Pereira & Camino (2002) o preconceito pode ser definido como uma forma de relação intergrupal onde, diante de relações de poder entre os grupos, se desenvolveriam atitudes negativas e comportamentos discriminatórios aos membros dos grupos considerados inferiores dentro da dinâmica dessa relação.

Em relação ao preconceito específico contra a população LGBTQ+, estes autores realizaram importantes descobertas em "Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais", onde identificaram dois tipos distintos de manifestação do preconceito: o explícito e o sutil.

Segundo os autores, no preconceito explícito os indivíduos "exprimem rejeição à proximidade e expressam mais emoções negativas do que positivas em relação aos homossexuais" (Lacerda, Pereira & Camino, 2002, p. 75). Já os preconceituosos que exprimem o preconceito em sua forma sutil, de maneira contrária ao flagrante, demonstram menor rejeição à proximidade e menos emoções negativas, no entanto, isso não os faz expressar mais emoções positivas.

Para Myers (1995), no preconceito sutil as pessoas suprimem, de forma consciente e intencional, seus pensamentos e sentimentos preconceituosos. Uma possível explicação para este fenômeno seria a influência da pressão social normativa que busca pela igualdade e pela

tolerância (Castillo, Rodríguez, Torres, Pérez, Rodríguez e Martel, 2003). Na visão de Costa e Nardi (2015), o "preconceito moderno" não tem a forma de aversão ou de atitude negativa, se apresentando de forma mais ambivalente, inclusive positiva. No entanto, segundo Costa, Peroni, Bandeira e Nardi (2013) existiriam ainda diversos contextos mais sensíveis às formas antigas de preconceito.

Para estes autores, a expressão do preconceito contra homossexuais no Brasil não é homogênea, sendo necessária atenção especial à desigualdade das relações de gênero existente no país, bem como o preconceito contra a não conformidade de gênero, que parecem explicar, se não causar, a maior parte do preconceito.

Em relação as formas de investigação do preconceito, Lacerda, Pereira & Camino (2002) salientam que existem diferentes formas de análise. Para os autores, o preconceito vem sendo analisado, por exemplo, a partir de uma característica psicológica do indivíduo, seja pelo entendimento da existência de alguma frustração reprimida e direcionada para grupos minoritários (Hovland & Sears, 1940); ou pelo desenvolvimento de um tipo de personalidade autoritária (Adorno, Frenkel-Brunswik, Levinson & Sanford, 1950).

Abordagens cognitivistas também se debruçaram em seu estudo, a exemplo da vertente teórica que priorizava os erros no processamento das informações (Hamilton, 1979; Hewstone, 1990; Pettigrew, 1979). Noutro parâmetro, destacou-se a perspectiva das relações intergrupais proposta por Tajfel (1972), que contempla variáveis como a categorização social, comparação social, o favoritismo endogrupal, e a identidade social, teoria essa que baseia o presente estudo.

Para o referido autor, manifestações de hostilidade e de discriminação, provenientes do preconceito, seriam decorrentes do processo de categorização social. Segundo ele, enquadrar indivíduos em categorias sociais seria o fator que determinaria o preconceito. Com isso, Tajfel (1981) propõe, na Teoria da Identidade Social, a existência de uma comparação entre os grupos internos (endogrupo) e os externos (exogrupo), sendo este o mecanismo que determina a dinâmica das relações entre os grupos.

Neste sentido, o indivíduo que sofre preconceito não o sofre exatamente por ser quem é, mas sim, como destaca Patatas (2014), por pertencer a um grupo específico ao qual são atribuídas características generalizantes que resultariam na instalação de rótulos que, na maioria das vezes, são de cunho pejorativo.

Segundo Tajfel (1981, p. 291), a identidade social seria "a parcela do autoconceito de um indivíduo que deriva do seu conhecimento da sua pertença a um grupo (ou grupos) social, juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença". Para Galinkin e Zauli (2011) a identidade é relacional, de modo que depende das interações entre indivíduos

ou grupos para existir. Nas relações sociais, as autoras salientam que a identidade atua como um código que indica as formas possíveis de interação, os lugares sociais dos indivíduos nos grupos, bem como valores atribuídos às pessoas a aos grupos.

O processo de identidade social não ocorre no vazio, como destaca Rivera (2009), mas dentro de um contexto histórico no qual os grupos estão inseridos, fazendo com que estes mantenham relações intergrupais diversas ao longo do tempo (Sandoval, 1996). Ainda para Rivera (2009), nesse processo, os indivíduos seriam influenciados pelas estruturas sócio-políticas, que tanto podem vir a afetar as representações que esses possuem sobre si mesmos e sobre a sociedade, como também pode afetar o comportamento social (Camino, 1996).

Esse comportamento social pode ser percebido dentro de um *continum* entre dois polos: interpessoal e intergrupal (Tajfel, 1981). Segundo Galvão (2009) no polo interpessoal estão as relações pessoais e individuais. Aqui existe uma maior flexibilização, menor estereotipia, fazendo com que os indivíduos percebam uma maior variabilidade nos comportamentos individuais dos membros do exogrupo. Já no polo intergrupal há intensificação na filiação ao grupo, tornando a diferenciação entre endogrupo e exogrupo ainda maior. Existe rigidez, aumento de estereótipos e preconceitos contra o exogrupo, bem como a desconsideração das diferenças individuais dos membros externos (Galvão, 2009).

Acerca da mudança social nas relações, Tajfel (1981) evidencia a existência de um outro *continum*, que diz respeito ao comportamento social dos indivíduos. Segundo Patatas (2004) este *continum* é formado por dois extremos, um composto pelas crenças de mobilidade social, e outro pela mudança social.

A mobilidade social diz respeito ao movimento realizado pelos indivíduos, com o intuito de promover uma melhoria da posição social dentro do próprio grupo (Tajfel, 1981; Patatas, 2014; Galvão, 2009). Já a mudança social estabelece o "fortalecimento do grupo como um todo, para que num movimento social aquele possa melhorar a sua imagem e conceito." (Galvão, 2009, p. 39).

Ocorre a mudança social a partir da necessidade de que seja reforçada a identidade social dos membros de um grupo. Segundo Galvão (2009) essa necessidade de reforço pode decorrer a partir de uma posição marginalizada em que o grupo se encontre; diante de alguma ameaça aos valores e as crenças advinda de um grupo em posição social superior; bem como pela tomada de consciência de ser ilegítima a manutenção da situação de inferioridade de outros grupos.

Assim, como estratégia de mudança social, os indivíduos podem buscar ressignificar valores usados para comparação entre os grupos, e que foram, até então, utilizados para manter

o distanciamento social por meio da discriminação. No entanto, como destacam Pérez-Nebra e Jesus (2011), no processo de mudança no quadro do preconceito, é necessário que ocorra a reflexão crítica por parte dos indivíduos preconceituosos. Porém, a dificuldade estaria no fato de que essa reflexão deve partir do indivíduo, e não de forma impositiva ou forçada.

O preconceito direcionado à população de mulheres lésbicas pode vir a ser ocasionado por dois principais elementos, que fazem com que a lesbofobia, ou seja, a fobia contra os grupos de mulheres homossexuais, tenha suas especificidades se comparada a outras formas de manifestação do preconceito em relação ao grupo LGBTQ+ (Toledo, 2008).

Primeiramente, as lésbicas são objeto de preconceito por serem mulheres e, por isso, serem forçosamente submetidas às normas impostas ao gênero feminino a partir de uma dinâmica social de supervalorização do masculino (Toledo, 2008). Ao se analisar, por exemplo, a história tradicional ocidental, observa-se o predomínio de uma cultura machista que sempre ignorou a mulher enquanto ser social (Lima, 2016, 2019).

Segundo Drummontt (1980) o machismo, enquanto um sistema ideológico, molda identidades, tanto para o masculino e o feminino. Desse modo, a autora considera que:

> É através desse modelo normalizante que homem e mulher "tornam-se" homem e mulher, e é também através dele que se ocultam partes essenciais das relações entre os sexos invalidando-se todos os outros modos de interpretação das situações, bem como as práticas que não correspondem aos padrões de relação nele contido (Drummontt, 1980, p. 81).

O machismo pode ser materializar por meio de comportamentos de recusa a igualdade de direitos e deveres entre os gêneros, favorecendo e enaltecendo a figura masculina sobre qualquer outra forma de manifestação de gênero. Em um pensamento machista existiria um "sistema hierárquico" de gêneros, onde o masculino encontra-se em posição superior ao que é ou está próximo ao feminino (Arciniega, Anderson & Tovar Blank, 2008).

Por não serem reconhecidas enquanto pertencentes ao grupo considerado "superior", as lésbicas passaram e ser vítimas de preconceito, discriminação e exclusão. Trata-se de uma concepção que surge a partir da existência de um sistema de representação-dominação, tendo como efeito induzir os sujeitos a crer na farsa da superioridade de um grupo sobre o outro, ou seja, a submissão feminina à masculina; utilizando o argumento e as relações de gênero, para dividir os mesmos em polo dominante e polo dominado (Drummontt, 1980).

Dentro de uma cultura machista, as lésbicas passariam a mensagem de que podem e querem manter relações afetivo-sexuais junto de outra(s) mulher(es), sem que para isso necessitem, sequer, de qualquer representação masculina. As relações lésbicas ameaçariam o "domínio" masculino, afetando assim a "supremacia masculina" e a "centralidade do homem

enquanto símbolo universal da humanidade" (Lagarde & Ríos, 2009), podendo esses, inclusive, colocarem em dúvida a própria virilidade.

Além do machismo, as lésbicas também seriam vítimas do sistema ideológico denominado de heterossexismo[11] e, por não seguirem o padrão estabelecido socialmente para os gêneros (Toledo, 2008), são categorizadas enquanto grupo inferior, alvo de rejeição, preconceitos e discriminação. Segundo Herek (2004), o heterossexismo se refere à manifestação e à perpetuação, em diferentes instituições, da ideia de que tudo foge ao modelo heterossexual tem menos valor e legitimidade.

Para Prado e Machado (2008), a heteronormatividade nem sempre estaria disposta de forma explícita, apresentando-se de maneira sutil, mas onipresentes e inflexível. Assim, "a instituição de uma heterossexualidade compulsória e naturalizada exige e regula o gênero como uma relação binária em que o termo masculino se diferencia do termo feminino, realizando-se essa diferenciação por meio das práticas do desejo heterossexual" (Butler, 2003, p. 45).

Na saúde, por exemplo, tais normas sãos impostas por meio de disposições e práticas que buscam exercer o controle e regulação do corpo dos indivíduos, tendo sido este controle denominado biopoder (Foucault, 1978). Neste sentido, Toledo (2010) considera que esse controle se baseia no sistema sexo/gênero e na heteronormatividade, fazendo com que as lésbicas apenas sejam aceitas quando seguem um modelo comportamental considerado "aceitável" dentro do padrão de normalidade heterossexual.

Um exemplo do quanto o padrão de normalidade heterossexual pode afetar a vida das lésbicas, seria na questão do impacto social provocado pela identidade individual de algumas dessas mulheres. Quando mulheres lésbicas externalizam uma identidade visual baseada em uma estética próxima daquilo que a sociedade associa como sendo características masculinas (cortes de cabelo, postura, roupas ou andar "masculinizados") essas passariam a serem ainda mais vitimadas pelo preconceito, pois para a sociedade heteronormativa que desconhece a diferença entre identidade de gênero e orientação sexual[12], estariam mais "evidentes" a homossexualidade e o desvio do padrão heteronormativo (Melo, 2010; Carvalho, 2013).

---

[11] Segundo Herek (1992) o heterossexismo é um sistema ideológico que nega, descredita e estigmatiza qualquer forma de comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade não heterossexual.

[12] **Identidade de Gênero** é a percepção íntima que uma pessoa tem de si como sendo do gênero masculino, feminino, de alguma combinação dos dois, ou de nenhum dos dois (não-binários), independente do sexo biológico. A identidade traduz o entendimento que a pessoa tem sobre ela mesma, como ela se descreve e deseja ser reconhecida. Enquanto que **Orientação Sexual** corresponde à atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa manifesta em relação à outra, para quem se direciona, involuntariamente, o seu desejo (Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual, 2017).

Esse aspecto já foi evidenciado por Barbosa e Facchini (2009) quando constataram, por meio de uma pesquisa realizada junto a mulheres lésbicas, que este fato pode influenciar na busca por atendimento em saúde. Segundo as autoras, independentemente de outros elementos, todas as participantes do estudo que se referiram como possuindo uma identidade individual "mais masculinizada" estavam entre aquelas que tiveram frequência baixa e irregular de realização de exames ginecológicos. A explicação foi, justamente, pelo medo de serem vítimas de discriminação durante os atendimentos, já que, além de lésbicas, possuem atributos e posturas corporais "mais masculinizadas", e isso poderia vir a provocar uma maior rejeição social (Barbosa & Facchini, 2009).

Trata-se de uma preocupação que possui fundamento, já que, em algumas situações, embora não existam manifestações aparentes de discriminação, pode ocorrer uma total desconsideração das especificidades sexuais destas mulheres por parte dos profissionais de saúde, seja quando estes presumem, a partir da identidade individual, que a usuária é lésbica, ou obtêm essa informação pela própria usuária. Em alguns casos, foram relatadas violações físicas, a exemplo do uso inadequado de instrumentos para exames ginecológicos (espéculo vaginal) de tamanho desproporcional aos seus corpos. Trata-se de um utensílio que força a dilatação do canal vaginal, prática que pode ser experienciada como uma forma de violência sexual (Melo, 2010).

Assim, é notório o quanto a percepção social acerca da sexualidade das mulheres lésbicas está relacionada com as construções hegemônicas baseadas no "modelo 'normal' de mulher: passiva, pura, heterossexual e objeto sexual do homem" (Fébole, 2017, p. 53). Desse modo, fica evidente o quanto o preconceito e a discriminação podem se manifestar em diferentes contextos e setores da vidas das mulheres lésbicas, que vão desde o próprio núcleo familiar até instituições externas, a exemplo dos serviços de saúde.

Logo, considera-se possível que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, que na saúde podem ser materializadas, por exemplo, por meio de determinadas condutas dos profissionais nos atendimentos em saúde sexual, interfere na determinação social da saúde ao favorecer o desenvolvimento de processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura dessas mulheres (Souza, 2018).

2. Objetivo Geral

Analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde.

3. Método

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com design qualitativo, que permitiu analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), sobre a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde.

3.2 Lócus de Pesquisa

A pesquisa foi realizada em Unidades de Saúde da Família, tendo em vista estas serem acessíveis à toda população, promovendo a prevenção e a promoção da saúde com ênfase à assistência a diferentes públicos, inclusive o feminino, realizando desde encaminhamentos para consultas com exames especializados até testes rápidos para IST's e exames citológicos.

Estruturalmente, ao serviços públicos básicos de saúde da cidade de Joao Pessoa/PB se organizam territorialmente sob a forma de cinco Distritos Sanitários (Distrito Sanitário I, Distrito Sanitário II, Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV e Distrito Sanitário IV)), totalizando 120 USF's (87 isoladas e 33 integradas) e pelos profissionais de saúde destes serviços, que compõem 184 equipes.

Assim, foram selecionadas as USF's isoladas (aquelas que atuam com uma única equipe) dentre as 87 unidades isoladas existentes; bem como os profissionais destas equipes a partir de um cálculo amostral por conveniência de 10% das unidades em cada distrito. A decisão pelas unidades isoladas ocorreu devido ao fato deste tipo de unidade corresponder à maioria (72,5%) das USF's que atendem a população da cidade, logo, é esse tipo de serviço de Atenção Básica que a população mais teria acesso.

3.3 Amostra e Participantes

A amostra do presente estudo foi composta pelos mesmos participantes do estudo II, sendo assim, foram adotados os mesmos procedimentos e critérios amostrais.

3.4 Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados dois questionários, um sóciodemográfico, e um

Priming (Apêndice 5), composto por cinco questões.

3.4.1 Questionário Sociodemográfico

Foi utilizado um questionário sociodemográfico (Apêndice 2) com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, contendo itens sobre idade, gênero, cargo e tempo de serviço.

3.4.2 Priming

Foi utilizado a técnica do *Priming* (Apêndice 5), que consistiu na apresentação de um enredo baseado em fatos reais, intitulado "O Caso Sofia": *Sofia é uma jovem de 19 anos, estudante de medicina veterinária e que adora animais. Em um determinado dia Sofia busca atendimento médico em uma Unidade de Saúde da Família, pois sua menstruação estava atrasada há alguns dias e ela estava sentindo cólicas incômodas em seu ventre. Era a primeira vez que Sofia iria ser atendida naquela unidade e por isso ela não conhecia os profissionais que ali trabalhavam. Ao entrar na sala do médico ela o cumprimentou e explicou seu problema. A primeira suspeita do médico foi gravidez, e o mesmo logo solicitou um teste de gravidez a Sofia, em seguida a orientou sobre o uso de anticoncepcional e recomendou que ela usasse preservativo ao praticar sexo com seu parceiro. No entanto, Sofia disse que seria impossível estar grávida pois só mantinha relações sexuais com sua namorada pois ela é lésbica. O médico pediu desculpas a Sofia e indicou que ela procurasse outro profissional pois ele não poderia atendê-la.*

Seguido a apresentação do enredo que compõe a técnica do *Priming*, foram apresentadas cinco questões relacionadas ao tema para que os participantes as analisassem e as respondessem. Essas questões diziam respeito ao preconceito e a discriminação: 1) *Você acredita que Sofia sofreu algum tipo discriminação neste atendimento? Por quê?*; 2) *Por não manterem práticas sexuais heterossexuais é justificável que os profissionais de saúde se recusem a atender as usuárias lésbicas? Por quê?*; 3) *No Brasil as lésbicas são discriminadas nas Unidades de Saúde da Família? Por quê?*; 4) *Você já presenciou alguma situação onde tivesse ocorrido algum tipo discriminação em alguma Unidade de Saúde da Família contra lésbicas? Como foi a situação?* e; 5) *Você já recebeu algum treinamento (curso, palestra, oficina, material, etc.), durante sua formação ou aqui mesmo no serviço, sobre questões relacionadas a saúde sexual ou ao combate do preconceito e da discriminação contra mulheres lésbicas nos serviços de saúde?*.

O *Priming* refere-se à influência que a exposição prévia a determinado estímulo pode

acarretar na resposta a um estímulo subsequente, sem que exista consciência do indivíduo sobre esta influência (Bargh, 2006, Bargh & Chartrand, 2000). Trata-se de uma técnica bastante utilizada, principalmente para o levantamento de percepções e comportamentos, motivações, avaliações ou decisões (Bargh, 2006, Dijksterhuis & Bargh, 2001).

3.5 Procedimento para Coleta dos Dados

No presente estudo foram adotados procedimentos semelhantes aos realizados no Estudo I e II. A única variação se deu em decorrência do fato de que os participantes foram solicitados a responder outros instrumentos de coleta de dados, que foram constituídos, no presente estudo, por um questionário sóciodemográfico, e um outro composto por questões relacionadas a uma narrativa apresentada anteriormente às questões (*Priming*).

3.6 Análise dos Dados

Os dados oriundos do questionário sociodemográfico foram os mesmos do estudo II, de modo que também foram adotadas as mesmas técnicas de análise (medidas de posição: média e mediana; e de variabilidade: desvio-padrão).

Os dados obtidos a partir da técnica do *Priming* foram analisados através da técnica de análise de conteúdo categorial temática, baseada no modelo de Gomes (1994), com categorias criadas *a posteriori*. Para a finalização das categorias foi solicitado o auxílio de dois juízes que puderam constatar se todos os trechos representativos estariam em consonância com os agrupamentos e classes temáticas elaborados.

4. Resultados e Discussão

4.1 Aspectos Sociodemográficos

Assim como no Estudo II, a idade dos participantes variou de 25 a 49 anos (M=37,8; DP=6,6). Em relação ao gênero, a maioria (N=22), foram do gênero feminino. Acerca dos cargos ocupados, oito são médicos, treze são enfermeiros ou técnicos de enfermagem e dez são agentes de saúde da família. Em relação ao tempo de atuação dos participantes no serviço de atenção básica em saúde variou de 1 a 20 anos (M=7,4; DP=6,1).

. Em relação ao tempo de atuação dos participantes no serviço de atenção básica em saúde variou de 1 a 20 anos (M=7,4; DP=6,1).

4.2 Análise de Conteúdo Categorial Temática do Priming

A análise de conteúdo categorial temática foi realizada a partir das cinco questões

referentes ao enredo apresentado no *priming*. Como resultados, extraiu-se 17 categorias iniciais, que foram agrupadas, com base nos temas que suscitaram, em 6 categorias intermediárias, e novamente agrupadas até que fosse possível alcançar o menor número de categorias finais, que foram três, conforme descrito na Tabela 5.

Tabela 5

Análise Categorial Temática do Priming

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1. Ocorrência de Preconceito e Discriminação contra à Usuária Lésbica; 2. Erro de Abordagem na Consulta; 3. Encaminhamento Indevido; 4. Direito à Saúde Violado.	Conduta Insatisfatória	I. Atendimento
1. Prática Padrão de Atendimento; 2. Reconhecimento do Profissional de Limitação para o Atendimento; 3. Cordialidade no Atendimento.	Conduta Satisfatória	
1.Percepção de Inexistência de Preconceito e Discriminação nos Serviços de Saúde; 2. Desconhecimento de Situações de Discriminação nos Serviços de Saúde; 3. Preparo Profissional contra o Preconceito.	Negação do Preconceito	II. Preconceito e Discriminação na Saúde
1. Formas de Expressão de Discriminação; 2. Preconceito Sutil.	Materialização do Preconceito	
1. Inexistência de Informações na Universidade; 2. Inexistência de Capacitação Oferecida pelo Serviço; 3. Desconhecimento sobre Campanhas;	Escassez de Informações sobre o Combate ao Preconceito na Saúde	III. Conhecimento e Capacitação Profissional
1. Busca por Palestras; 2. Consultas sobre o Tema na Internet.	Estratégias Individuais para o Combate ao Preconceito	

I. Atendimento

Conduta Insatisfatória

A categoria final "Atendimento" agrupou categorias intermediárias e iniciais que possuem como conceito norteador a percepção dos participantes em relação a conduta do profissional de saúde apresentado na técnica do *Priming*. Neste sentido, foram localizadas duas categorias intermediárias, sendo a primeira delas nomeada de *Conduta Insatisfatória*, que evidencia posicionamentos contrários à forma como o médico agiu frente a personagem Sofia:

> "Ocorreu discriminação por orientação sexual" (Participante 15; Gênero Feminino).
>
> "Discriminação sem motivo" (Participante 25; Gênero Feminino).
>
> "Ao meu ver, o médico foi preconceituoso" (Participante 30; Gênero Masculino).

A partir das respostas dos participantes 15, 25 e 30, infere-se a existência de percepções desfavoráveis acerca da conduta realizada pelo médico no enredo apresentado. Para estes participantes, ao não atender a usuária em decorrência dessa ser lésbica, o médico teria manifestado um comportamento discriminatório. Tratam-se de posicionamentos diferentes daqueles localizados por alguns autores, como Guimarães, Cavadinha, Mendonça e Sousa (2017), que apontaram a existência de minimização do problema e negação do preconceito por parte dos profissionais de saúde.

É possível inferir que a percepção dos participantes sobre a existência de preconceito e de conduta discriminatória pode ter relação com atitudes mais favoráveis para com a população lésbica, que fariam com esses participantes viessem a formular julgamentos acerca das condutas profissionais, julgando o que é certo e errado nas práticas em saúde. Porém, trata-se de um resultado que, no presente estudo, não pode ser considerado unânime, haja vista que as percepções em relação a conduta do médico, personagem que compõe o enredo do *Priming*, divergiram, conforme será destacado posteriormente em outra categoria intermediária.

Também foram suscitados posicionamentos contrários em relação a forma como o personagem do médico abordou a personagem da usuária no início do atendimento. Alguns participantes consideraram errada a conduta inicial do profissional:

> "Teria sido evitado o equívoco se no início da consulta ele tivesse perguntado "O que você acha que pode ser?" (Participante 1; Gênero Feminino).

> “O médico deveria ter perguntado para Sofia sobre a possibilidade de gravidez. Após saber que ela não teria perigo de estar gestante ele poderia ter interrogando-a mais acerca da dor em seu ventre” (Participante 3; Gênero Feminino).

> “Seria oportuno perguntar sobre as práticas sexuais da mulher” (Participante 6; Gênero Feminino).

Segundo os posicionamentos dos participantes 1, 3 e 6, antes do médico encaminhar Sofia para outro profissional, ele deveria ter investigado mais para compreender a origem da dor que a jovem relatou. Segundo a participante 6, seria mais oportuno ao profissional questionar sobre as práticas sexuais da jovem, antes de alegar que a mesma poderia estar grávida.

Contudo, como destaca Lima (2016), trata-se de uma prática recorrente dos profissionais, onde os mesmos partem da existência de uma heterossexualidade compulsória da usuária. Questionamentos relacionados às práticas sexuais não seriam realizados, seja por considerarem irrelevante essa informação, ou por receio de parecerem invasivos junto a usuária. Assim, entende-se que, desconsiderar a orientação sexual dessas mulheres é uma forma de manifestação velada da existência de um possível preconceito.

Logo, o atendimento oferecido passa a desconsiderar a homossexualidade dessas mulheres, sendo totalmente direcionado a práticas heterossexuais que não correspondem com a realidade. Segundo Fébole (2017), no campo da saúde, as manifestações da sexualidade não-heterossexual são invisibilizadas, ao passo que a heterossexualidade compulsória é o que alicerça o espaço de atendimento. Esse dado corrobora um estudo intitulado “As faces da homofobia no SUS”, em que profissionais de saúde apontaram que a temática da homossexualidade não é abordada durante as consultas, por receio de que este tipo de questionamento seja interpretado como uma invasão à intimidade da usuária (Knauth, 2009; Meinerz, 2009).

Essa situação corresponde a um agravante para o quadro da vulnerabilidade em saúde dessas mulheres, haja vista que a medida que os profissionais não questionam e desconhecem as práticas sexuais e especificidades das usuárias, estariam ignorando as singularidades dessas mulheres, ajudando a perpetuar a situação de invisibilidade social.

Alguns participantes consideraram que, ao encaminhar a usuária para um outro serviço/profissional, o médico também incorreu em um erro de conduta, como está evidenciado nos trechos das respostas a seguir:

> “Ele devia ter continuado o atendimento, e não ter encaminhado para outro médico (Participante 2; Gênero Masculino).
>
> “Ela não precisava de encaminhamento para outro profissional” (Participante 5; Gênero Feminino).
>
> “Não compreendi porque ele mandou procurar outro profissional” (Participante 11; Gênero Feminino).
>
> “Não havia necessidade de o médico mandá-la procurar outro profissional. Isso me parece algo de alguém intolerante com a diversidade” (Participante 18; Gênero Feminino).
>
> “Não há motivo algum para encaminhar para outro profissional” (Participante 25; Gênero Feminino).

A partir das respostas dos participantes é possível perceber que os participantes consideram inadequado o encaminhamento, chegando a considerar, no caso da participante 18, como uma manifestação de intolerância contra à diversidade.

A prática da negação de atendimento às usuárias lésbicas já foi evidenciada em diferentes pesquisas como sendo algo real e de fato vivenciado por essas mulheres. Segundo Fébole (2017) a negação ao atendimento seria uma forma de violência, materializada em um desprezo ao cumprimento da atividade profissional e na recusa em oferecer o cuidado.

A existência de preconceito profissional vai de encontro à própria Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que orienta que os atendimentos devam ocorrer livres de preconceitos por gênero ou orientação sexual. Destaca-se então que os participantes que perceberam o encaminhamento como uma conduta inadequada, podem assim o fazer por o classificarem também como preconceituosa e discriminatória.

O encaminhamento indicaria que está sendo ignorada a orientação sexual da usuária, bem como suas especificidades, fato que, também pode ser percebido, como uma forma de negação do direito à saúde. Logo, não estaria havendo a correta promoção à saúde sexual para essa população. Informações genéricas ou direcionadas para outros públicos não possuiriam a mesma eficácia que aquelas direcionadas para suas necessidades. Neste sentido, alguns participantes reconheceram a negação do atendimento em saúde, sofrida por Sofia, como um desrespeito ao direito à saúde. Essa negação impõe restrições injustificáveis ao bem-estar e à qualidade de vida dessas mulheres, acentuando a desigualdade e a invisibilidade social dessa população.

> "Sofia teve seu direito à saúde e a um atendimento médico negado. É desumano negar atendimento a quem precisa. A saúde é um direito de todas e de todos" (Participante 9; Gênero Feminino).

> "Na área da saúde todos somos iguais. O atendimento tem que ser igual para todos. Muitos direitos só ficam no papel. Igualdade é um direito, mas infelizmente não cumprido" (Participante 26; Gênero Feminino).

Em relação as percepções dos participantes sobre o preconceito e a discriminação em saúde contra as lésbicas, que compõe essa primeira categoria intermediária, pode-se inferir, com base no modelo teórico da identidade social de Tajfel (1981), que esses manifestaram respostas contrárias à situação de violação sofrida pela personagem Sofia, assim, suas respostas estariam localizadas, tomando como referência o *continum* da mudança social das relações, dentro do que o autor nomeou como processo de mudança social.

Parte dos participantes apresentaram posturas que vão contra a manutenção da situação de discriminação social na qual as lésbicas vêm sendo historicamente inseridas. Neste caso, supõe-se a ocorrência de ressignificação de conceitos, crenças e atitudes, sendo esses substituídos por outros mais favoráveis à igualdade e ao respeito à diversidade sexual.

Trata-se de um resultado animador e que pode indicar que os profissionais de saúde estariam mais abertos a mudanças de visões de mundo, e direcionados ao oferecimento de atendimentos isentos de preconceito ou de comportamentos discriminatórios, assim como de fato deve ocorrer.

Porém, isso não significaria o fim do preconceito e da discriminação das usuárias lésbicas nos serviços de saúde, tendo em vista que, além de se tratar de uma quantidade não generalizável de participantes, não é possível descartar a ocorrência de fatores externos que podem ter afetado as respostas, como por exemplo a desejabilidade social. Assim, a partir da categorização, foram verificados posicionamentos diversos em relação à percepção do preconceito e da discriminação nos serviços de saúde contra lésbicas.

Conduta Satisfatória

A segunda categoria intermediária que compõe a categoria final "Atendimento" foi nomeada de *Conduta Satisfatória*. Essa evidencia os posicionamentos dos participantes que, em diferentes graus, apontaram justificativas para a conduta do personagem do médico, de sorte

que, tal conduta foi, mesmo que não totalmente, considerada satisfatória na visão de parte dos participantes.

> "Ao suspeitar de gravidez, que realmente é uma hipótese viável para mulheres jovens, seria oportuno perguntar sobre as práticas sexuais da mulher" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "A conduta inicial foi correta" (Participante 11; Gênero Feminino).

> "A primeira conduta dele foi correta, pois ele fez todas as orientações necessárias no primeiro atendimento" (Participante 20; Gênero Feminino).

Nas respostas das participantes 6, 11 e 20, verifica-se a percepção de que a conduta inicial do personagem do médico não foi errada ou reprovável. Para a participante 6, o profissional não estava errado ao suspeitar da possibilidade de Sofia estar sentido dores em seu ventre em decorrência de possivelmente estar grávida. Segundo a própria participante, trata-se de uma hipótese viável para mulheres jovens. Torna-se então necessário analisar o significado oculto na fala da participante, quando essa considera a conduta relatada ser uma "prática viável".

No posicionamento expresso pela participante há o indicativo da presença da heterossexualidade compulsória, prática que passa a considerar que todos sejam heterossexuais. Segundo Fébole (2017) trata-se da naturalização da heterossexualidade como padrão social, onde aqueles que não estão enquadrados enquanto heterossexuais teriam suas vivências afetivo-sexuais deslegitimadas socialmente.

Nos serviços de saúde, a falta de legitimidade da sexualidade das lésbicas fica evidente principalmente em situações em que os profissionais desconsideram qualquer outra forma de expressão da sexualidade humana, que não seja a heterossexual, partindo, por exemplo, da ideia equivocada de que todas as usuárias mantêm práticas exclusivamente com homens, sem ao menos questionar a orientação sexual das mesmas.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a inclusão do questionamento sobre a orientação sexual da usuária seria a forma mais indicada e correta dos profissionais saberem se essa se identifica enquanto lésbica, bissexual ou simplesmente mantêm relações sexuais ocasionais com outras mulheres. O questionamento sobre a orientação sexual da usuária também pode propiciar a criação de um canal que facilitaria o diálogo, além de indicar que o profissional está engajado em oferecer atendimento direcionado às especificidade e vivências de cada usuário (Lima, 2016).

À medida que os profissionais de saúde desconhecem as vivências sexuais e especificidades das usuárias lésbicas, estariam ignorando as singularidades dessas mulheres e negando o direito à saúde sexual (Coelho, 2001). Logo, presumir uma orientação ou qualquer manifestação de sexualidade, sem consultar a usuária, é irresponsável, antiético e preconceituoso. Além disso, realizar diagnósticos prévios a partir da presunção de um modelo de comportamento heterossexual não deveria ser a conduta padrão dos atendimentos em saúde, pois essa prática reforça a perpetuação do heterossexismo, da discriminação e da exclusão da diversidade sexual na saúde.

Ao mesmo tempo, como destaca Melo (2010), a revelação da orientação sexual das usuárias não deve ocorrer de forma compulsória, forçada pelos profissionais, tendo em vista que não devem ser desconsiderados processos individuais, subjetivos e circunstanciais das usuárias nesse processo de revelação. Cabe ao profissional ter a sensibilidade e o manejo técnico de realizar uma anamnese sem incorrer em violência concreta ou simbólica.

Alguns participantes consideraram a prática do personagem do médico como sendo resultado de uma limitação, por parte do mesmo, em oferecer atendimento à usuária lésbica. Ao mesmo tempo que descartaram a existência de qualquer manifestação de comportamento negativo, pois perceberam a conduta do médico como cordial e adequada à situação.

> "Ao meu ver, não. O médico se desculpou e indicou um profissional mais adequado. Ele não a destratou, apenas não tinha conhecimento, talvez, sobre as práticas lésbicas" (Participante 7; Gênero Masculino).

> "Não. O médico apenas indicou que buscasse um profissional mais adequado. O profissional possui limitações também." (Participante 8; Gênero Masculino).

> "Não. Acho que ele não foi capaz de atendê-la e passou para outro profissional" (Participante 16; Gênero Feminino).

> "Isso pode acontecer por não saber lidar" (Participante 24; Gênero Masculino).

> "O médico não estava preparado e indicou um profissional mais aberto e que pudesse ajudar" (Participante 31; Gênero Masculino).

Para os participantes 7, 8, 16, 24 e 31, o personagem do médico apenas estava despreparado para lidar com a situação, ou seja, com a homossexualidade da usuária, e que por isso a negativa de atendimento teria sido uma conduta adequada.

O primeiro ponto que merece destaque é o fato desses posicionamentos advirem quase todas de participantes do gênero masculino. Apenas a participante 16 é do gênero feminino. O

que pode indicar, com base nos resultados do presente estudo, que se trata de uma percepção majoritariamente masculina.

No *Priming* apresentado aos participantes, o personagem do médico é representado por um homem, que nega, sem justificar, atendimento a uma mulher jovem por essa ser lésbica. Infere-se que as respostas dos participantes 7, 8, 24 e 31, todos homens, pode ser resultante da influência da identidade social, visto que, como destaca Tajfel (1981) a identidade deriva do seu conhecimento dos indivíduos como pertencentes a um grupo social, juntamente com o significado emocional e de valor associado àquela pertença. Ou seja, possivelmente o reconhecimento dos participantes enquanto pertencentes ao grupo de profissionais de saúde do gênero masculino, pode ter sido mais forte, atuando como um código, que influenciou a percepção dos mesmos em relação ao ocorrido no enredo apresentado.

No entanto, como já observado, existe uma única participante do gênero feminino. Neste caso, infere-se que sua resposta também pode ter relação com a identificação social, porém, neste caso, não necessariamente em decorrência da pertença de gênero, mas talvez por algum tipo de corporativismo profissional, ou om algum outro elemento, relacionado a esta conduta, que seria relevante para a participante.

Além disso, por não acontecerem no vazio, como destaca Rivera (2009), supõe-se, com base no que diz Camino (2006), que os participantes também foram influenciados por estruturas sócio-políticas, como o machismo e o heterossexismo. Assim, compreende-se que esses fenômenos podem ter influenciado no processo de identidade social dos participantes que emitiram respostas favoráveis à conduta do médico.

O machismo e o heterossexismo se fazem presentes na sociedade por serem modelos ideológicos, influenciando identidades e comportamentos de homens e mulheres, materializando-se, também, através da discriminação. No entanto, a partir da análise das respostas dos participantes, é possível perceber que os mesmos não emitiriam uma forma explícita de discriminação, tendo em vista que estruturam suas respostas de modo cordial, expressando, mesmo que indiretamente, apoio ao profissional que não atendeu à usuária, tentando justificar que, em decorrência da falta de preparo ou capacidade técnica do profissional em lidar com as necessidades da população lésbica, a melhor conduta é o encaminhamento para outro profissional ou serviço. Em decorrência disso, compreende-se a ocorrência de um tipo de preconceito: o sutil (Lacerda, Pereira & Camino, 2002).

Segundo esses autores, os indivíduos que são preconceituosos em nível sutil demonstram menor rejeição à proximidade e menos manifestações de emoções negativas, sem com isso, expressarem mais emoções positivas. Além disso, o preconceito sutil é uma espécie

de estratégia utilizada diante do receio dos indivíduos de sofrerem algum tipo de reprovação social, caso exponham de forma explícita seus preconceitos.

Assim, infere-se que, os participantes que consideraram a conduta do personagem do médico correta, podem estar manifestando o preconceito sutil, já que, ao concordarem com a conduta da negação do atendimento a Sofia, ou tentarem justificá-la, estariam suprimindo, de forma intencional, seus pensamentos e sentimentos preconceituosos, pelo receio de sofrerem algum julgamento moral.

Além disso, por manifestaram respostas favoráveis à conduta do personagem do médico, estes participantes poderiam, a partir do modelo teórico de Tajfel (1981), que salienta que as relações entre os grupos varia dentro de um *continum* com dois polos opostos (interpessoal e intergrupal), serem considerados como pertencentes ao polo intergrupal, em que há intensificação na filiação ao grupo, aumento assim a diferenciação entre endogrupo e exogrupo (Galvão, 2009).

Neste polo, ocorre uma maior rigidez às diferenças intergrupais, um aumento de estereótipos e preconceitos contra o exogrupo, bem como a desconsideração das diferenças individuais dos membros externos (Galvão, 2009). Dessa forma, é possível considerar que os participantes que emitiram respostas favoráveis, e justificativas para a conduta do médico, que negou atendimento a usuária, tenderiam a buscar um maior estreitamento intergrupal, como forma de reforçar as características do grupo.

Essa necessidade de reforçar as características do grupo, podem ter relação, por exemplo, com a existência do corporativismo profissional, como já mencionado, que faz com que indivíduos que se identifiquem com outros em decorrência da proximidade de suas profissões, e por também, em alguns, assumirem condutas semelhantes em suas práticas profissionais, busquem positivamente tais práticas, como forma de também não serem questionados por suas condutas.

A justificativa que foi utilizada de forma recorrente, de que o médico possuía limitações para dar continuidade ao atendimento à usuária lésbica, pode ser um exemplo do corporativismo, já que é, eticamente e socialmente esperado, que os profissionais, devidamente formados, estejam aptos a exercerem sua profissão, independente da orientação sexual dos usuários. Logo, a negação do atendimento seria uma conduta reprovável. Porém, quando o grupo majoritário compartilhada seu ponto de vista, mesmo que injustificável, e o defende, este pode vir a adquirir força e torna-se inquestionável, em decorrência do corporativismo e da valoração social que o grupo majoritário possui em comparação ao minoritário.

II. Preconceito e Discriminação na Saúde

Negação do Preconceito

A segunda categoria final intitulada de "Preconceito e Discriminação na Saúde" agrupou categorias intermediárias e iniciais que possuem como conceito norteador a percepção dos participantes em relação ao preconceito e a discriminação percebidos nos serviços de saúde. Assim, foram localizadas duas categorias intermediárias, sendo a primeira delas nomeada de *Negação do Preconceito*, que evidencia os posicionamentos dos participantes que não consideram a existência de preconceito e de discriminação nos serviços de saúde.

> "Não tenho conhecimento sobre nenhum caso" (Participante 3; Gênero Feminino).
>
> "Nunca presenciei esse tipo de discriminação" (Participante 5; Gênero Feminino).
>
> "Creio que não. Nunca presenciei" (Participante 20; Gênero Feminino).

As participantes 3, 5 e 20, ao serem questionadas se já presenciaram alguma situação de discriminação na Unidades de Saúde da Família que atuam ou já atuaram, responderam que não. Importante destacar que, as participantes 3, 5 e 20 evidenciam que nunca presenciaram situações discriminatórias na saúde. Porém, sabe-se que o preconceito, e sua materialização através da discriminação, pode ocorrer de forma sutil e não explícita, não sendo necessariamente uma situação aparente e pública.

Diferentes podem ser as manifestações sutis da discriminação dentro de uma unidade de saúde. Expressões não verbais, conversas paralelas entre profissionais acerca das usuárias, atendimentos que não são direcionadas ou não consideram as especificidades das lésbicas, utilização de instrumentos para exames ginecológicos, a exemplo de espéculo vaginal de tamanho desproporcional (Melo, 2010), entre outras práticas, podem ser consideradas demonstrações sutis de discriminação, e que são tão danosas às vítimas quanto se fossem direcionadas de forma explícita.

Os participantes também apresentaram respostas que indicaram a existência da percepção de que não existiriam situações de discriminação nos serviços de saúde:

> "Nas unidades de saúde eu acho que não. Mas na sociedade, sim. Nas ruas, nas escolas, na igreja, etc." (Participante 7; Gênero Masculino).

"Não. Atualmente isso não ocorre na saúde" (Participante 31; Gênero Feminino).

Nas respostas dos participantes 7 e 31 infere-se a existência da percepção de que, para estes, não existiriam situações de discriminação nos serviços de saúde. Para o participante 7, a discriminação não acontece nos serviços de saúde, embora perceba sua ocorrência em outros setores da sociedade. Já a participante 31 considera que atualmente esse tipo de situação não ocorre na área da saúde.

Tratam-se de percepções que não correspondem àquilo que de fato ocorre na realidade diária de diversas mulheres lésbicas que buscam pelos serviços de saúde, principalmente os públicos. Segundo alguns estudos (Coelho, 2001; Lionço, 2008; Barbosa & Facchini, 2009; Melo, 2010; Lima, 2016) é recorrente a existência de queixas sobre a qualidade dos atendimentos oferecidos nos serviços de saúde. Conotações preconceituosas e comportamentos discriminatórios advindos de profissionais de saúde despreparados são algumas das queixas das usuárias (Heck, Sell & Gorin, 2006; Gutiérrez, 2007; Knauth, 2009; Meinerz, 2009).

Assim, infere-se que a percepção dos participantes de que a discriminação não ocorre nos serviços de saúde pode estar relacionada, entre outros motivos, ao total desconhecimento das situações de violação, talvez por essas ocorrem de forma velada, ou em decorrência dos participantes não reconhecerem determinadas situações como violação, talvez por estarem naturalizadas na dinâmica dos atendimentos. Contudo, o desconhecimento das situações ou a sua naturalização não eliminam as violações, e não as tornam menos danosas às usuárias.

Para alguns participantes, o preconceito e a discriminação não se fazem presentes nas unidades de saúde porque percebem os profissionais de saúde enquanto aptos e preparados para oferecerem atendimento adequado às usuárias lésbicas.

"Não, pois todos os profissionais são esclarecidos" (Participante 10; Gênero Feminino).

"Não, porque os profissionais de saúde seguem a ética durante os atendimentos" (Participante 31; Gênero Feminino).

As participantes 10 e 31 partem do pressuposto de que existe um manejo adequado dos profissionais no atendimento dessas mulheres, e que em decorrência disso, seriam minimizadas ou até extinguidas as situações de discriminação. A participante 10 considera que os profissionais são esclarecidos, ou seja, possuem conhecimentos sobre o manejo correto nos atendimentos. Já a participante 31 considera que os atendimentos ocorrem de forma ética, evitando assim situações de violação.

No entanto, como já destacado, são recorrentes as queixas das próprias usuárias sobre situações discriminatórias nos serviços. Segundo Meinerz (2011), é esperando de fato que os atendimentos se baseiem nos princípios éticos, sendo esta um exigência legal para o exercício do trabalho em saúde. Trata-se de uma exigência que consta na maioria dos códigos de ética profissionais. No entanto, como estudos têm demonstrado, trata-se de uma situação que ainda não é imperativo nos atendimentos em saúde.

A desconsideração da ocorrência do preconceito e da discriminação na saúde pode indicar, também, um desejo implícito de mudança social por parte dos participantes. No entanto, supostamente, esse desejo pode ter uma relação maior com a intenção de transmitir a imagem de que não ocorreriam violações nos serviços de saúde, do que realmente transformar as práticas para evitar as possíveis violações.

Supõe-se que parte do participantes possa ter buscado reforçar a identidade social do grupo ao qual fazem parte, formado por aqueles que atuam conjuntamente na unidade de saúde, de modo que, ao informarem que nunca presenciaram situações de discriminação, indicariam uma possível transformação na qualidade dos atendimentos no serviço de saúde, e de certa forma, evitariam possíveis críticas sociais, já que, enquanto profissionais, representam uma classe que deveria se isentar de pré-julgamentos e de qualquer forma de discriminação contra os usuários que utilizam os serviços.

Materialização do Preconceito

A segunda e última categoria intermediária que compõe a categoria final "Preconceito e Discriminação na Saúde" *Materialização do Preconceito*, que evidencia os posicionamentos dos participantes que consideraram a existência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde, relatando suas formas de expressão e a existência do preconceito sutil.

> "Uma pessoa se referiu a lésbicas e gays como seres naturalmente promíscuos" (Participante 6; Gênero Feminino).

> "Presenciei fofocas sobre uma paciente que é lésbica" (Participante 9; Gênero Feminino).

> "Foi um caso isolado onde um profissional se expressou de forma preconceituosa. A própria paciente tinha raiva do profissional por se sentir discriminada" (Participante 19; Gênero Feminino).

Nos relatos das participantes 6, 9 e 19 é possível identificar a materialização de expressões do preconceito, bem como a forma como tais expressões foram expostas nos serviços de saúde. As participantes 6 e 9 evidenciam o conhecimento sobre o preconceito sutil ao dizerem que, presenciaram manifestações do preconceito em forma de comentários negativos e fofocas. A partir das respostas das participantes, percebe-se que os autores de tais violações não chegaram a manifestar diretamente o preconceito, optando por fazê-lo de forma reservada, não chegando a expressá-lo na frente da vítima. Situação recorrente na modalidade do preconceito sutil, em que os indivíduos preconceituosos, pelo receio de sofrerem reprovação social, ou mesmo para evitarem algum tipo de penalidade[13], optam por essa forma de expressão do preconceito.

Embora seja uma forma não direta, a discriminação em saúde, proveniente do preconceito sutil, é tão reprovável quanto sua manifestação explícita, tendo em vista que, aqueles que o expressam são profissionais de saúde que por sua vez deveriam atuar prestando serviço de qualidade isentos de pré-julgamentos.

Logo, não se pode desconsiderar que a existência do preconceito sutil, advindo dos profissionais de saúde, refletiria nos atendimentos prestados, já que, mesmo se apresentando de forma sutil, isso não faria com que os profissionais preconceituosos expressassem mais emoções positivas, como destacam Lacerda, Pereira & Camino (2002), pois eles apenas demonstrariam menor rejeição à proximidade e menor expressão de emoções negativas.

Mesmo que os profissionais expressem menor rejeição à proximidade e menos emoções negativas em relação às usuárias lésbicas, infere-se que o preconceito continua presente, e poderia, de diferentes formas, vir a influenciar no atendimento prestado. Por mais que o profissional não verbalize explicitamente suas crenças e atitudes durante o atendimento é possível que o preconceito influencie, de alguma forma, suas condutas, fazendo com que a usuária as perceba.

Para Costa e Nardi (2013), é possível que ocorram manifestações físicas em indivíduos preconceituosos diante do seu objeto de preconceito. O corar da face, o suor das mãos, batimentos cardíacos acelerados, são espécies de respostas espontâneas a estados emocionais extremos que podem ser ativados pelo preconceito.

[13] No Brasil, desde o ano de 2019, a homofobia/lesbofobia/transfobia é considerada crime, equiparada ao crime de racismo. Sendo assim, praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito em razão da orientação sexual da pessoa poderá ser considerado crime; sendo a pena de um a três anos, além de multa. Fonte: STF permite criminalização da homofobia e da transfobia, disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/06/13/stf-permite-criminalizacao-da-homofobia-e-da-transfobia.ghtml.

No Brasil, o preconceito contra homossexuais não ocorre de forma homogênea, como destacam Costa, Peroni, Bandeira e Nardi (2013). Para estes autores, suas principais causas seriam as desigualdades das relações de gênero e o preconceito contra a não conformidade de gênero.

Assim, enquanto existirem o machismo e o heterossexismo, possivelmente as lésbicas continuarão a serem vítimas do preconceito e da discriminação. A manutenção do "sistema hierárquico" de gêneros, que considera o masculino e todo seu universo, como superior (Arciniega, Anderson & Tovar Blank, 2008), associado ao sistema ideológico do heterossexismo, que determina que tudo o foge ao modelo heterossexual teria menos valor e legitimidade (Herek, 2004), embasariam o surgimento do preconceito e da discriminação contra as lésbicas.

III. Conhecimento e Capacitação Profissional

Escassez de Informações sobre Combate ao Preconceito na Saúde

A terceira e última categoria final intitulada de “Conhecimento e Capacitação Profissional” agrupou categorias intermediárias e iniciais que possuem como conceito norteador a percepção dos participantes acerca do acesso às informações para o combate ao preconceito e a discriminação contra lésbicas nos serviços de saúde. Foram localizadas duas categorias intermediárias, sendo a primeira delas nomeada de *Escassez de Informações sobre o Combate ao Preconceito na Saúde*, que evidencia os posicionamentos sobre a escassez no oferecimento de informações relacionadas ao combate ao preconceito às usuárias lésbicas.

> “Em nossa formação não há qualquer tópico ou módulo específico, e não vemos quaisquer condutas específicas em nossa prática” (Participante 4; Gênero Masculino).
>
> “Nunca aprendi academicamente nada sobre o assunto. E não conheço campanhas específicas sobre o tema” (Participante 6; Gênero Feminino).
>
> “Nunca vi nada a respeito quando estava na universidade” (Participante 7; Gênero Masculino).
>
> “Isso não era abordado na faculdade” (Participante 8; Gênero Masculino).
>
> “Nunca vi na faculdade” (Participante 18; Gênero Feminino).
>
> “Não. Não tive informação no curso” (Participante 20; Gênero Feminino).

> "Não aprendi sobre esse assunto porque não era abordado na faculdade" (Participante 30; Gênero Masculino).

Nos relatos dos participantes 4, 6, 7, 8, 18, 20 e 30 é possível verificar que os mesmos alegam não terem recebido nenhum tipo de formação técnica para lidar com usuários LGBTQ+ durante o período de formação acadêmica nas universidades. Trata-se de um dado importante, haja vista que no processo de formação dos profissionais de saúde é de extrema relevância que temas relativos a diversidade sexual e de gênero sejam abordados, de modo a ser oferecida formação para que os futuros possam vir a prestar atendimentos direcionados, livres de preconceito e discriminação, também para a população LGBTQ+.

Esse quadro de falta de conhecimento foi abordado por Knauth (2009), que identificou em seu estudo que durante o processo de formação universitária dos profissionais de saúde, qualquer assunto relacionado a saúde sexual das minorias é praticamente ausente, e nos casos de chegar a ser abordado, partia de uma perspectiva vinculada as disciplinas de psiquiatria.

A discussão de temas relativos à promoção da saúde sexual de lésbicas acaba indo de encontro a currículos em saúde que costumam oferecer uma visão reducionista da sexualidade humana. Para Souza (2018) isso pode ocorrer devido o processo de formação educacional sofrer a influência da heternormatividade.

Contudo, como destacam Pedrosa e Spink (2011), para que ocorra a superação desse quadro, faz-se necessário que o processo de formação profissional, as práticas, a organização do trabalho e as políticas em saúde, se estruturem a partir do princípio da integralidade. Ou seja, é fundamental que exista um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, que venham a convergir para a consideração das especificidades das minorias sexuais.

As Políticas em saúde direcionadas às minorias sexuais devem ter como elemento basilar a consideração da existência de determinantes sociais de saúde, como o preconceito e a discriminação, e as formas de enfrentá-los. Além disso, baseadas no princípio da integralidade, devem lançar olhares para o processo de formação dos profissionais de saúde, bem como para a qualificação daqueles que já se encontram formados e atuando.

Caberia, por exemplo, uma efetiva parceria entre os ministérios da educação e da saúde, com o intuito de serem criadas novas diretrizes curriculares nacionais para o ensino técnico e superior em saúde, que pudessem oferecer capacitação profissional para atuação junto às minorias sexuais. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2011, possui em seu texto apenas uma menção a esse tipo de ação.

Especificamente, no documento que estrutura essa política, pode-se ler: “O desenvolvimento de ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais. (MS, 2011, p.11).

No entanto, o documento não esclarece quais seriam estas ações intersetoriais, não dispõe sobre formas ou prazos para sua efetivação, muito menos define quais os níveis educacionais que seriam foco das mudanças. Assim, não é possível considerar que o resultado levantado a partir das narrativas dos participantes do presente estudo seria algo inesperado, já que, até então, a efetivação das modificações curriculares parece não ter avançado muito.

Ainda neste sentido, alguns participantes também evidenciaram que nunca receberam treinamento ou capacitação oferecidos pelo poder público, ou tiveram acesso as campanhas direcionados para a promoção da saúde sexual ou o combate do preconceito e da discriminação contra mulheres lésbicas nos serviços de saúde.

> “Não existem até então programas públicos voltados aos LGBT’s. Assim como há para câncer de mama, próstata, dia “D” contra a dengue, AIDS e outros agravos. Informação em saúde e programas específicos poderiam dar um respaldo maior à quebra da discriminação” (Participante 4; Gênero Masculino).
>
> “Não conheço campanhas específicas sobre o tema” (Participante 6; Gênero Feminino).
>
> “Durante a minha prática no serviço nenhum treinamento veio para cá” (Participante 7; Gênero Masculino).
>
> “Treinamento mesmo oferecido pelo governo, nunca recebi, infelizmente” (Participante 9; Gênero Feminino).
>
> “Nenhuma capacitação específica para este grupo foi oferecida no serviço” (Participante 10; Gênero Feminino).
>
> “Nunca tive treinamento aqui no serviço” (Participante 18; Gênero Feminino).
>
> “Campanha nunca chegou na unidade” (Participante 27; Gênero Masculino).

As respostas dos participantes 4, 7,9, 10 e 18 evidenciam não terem recebido nenhum treinamento, advindo do poder público, relacionado a promoção da saúde sexual ou ao combate do preconceito e da discriminação contra mulheres lésbicas nos serviços de saúde. Os participantes 6 e 27 evidenciam também que não tiveram acesso as campanhas relacionadas ao tema.

Trata-se de um dado que contradiz o próprio Ministério da Saúde que, como será visto no próximo estudo que compõe esta tese, vinha, até então, sinalizando interesse em realizar

uma mudança social e assistencial nos serviços prestados para a população LGBTQ+, através do fomento de campanhas em saúde, direcionadas tanto a disseminar o conhecimento junto à população de mulheres lésbicas, quanto para profissionais de saúde.

Trata-se de um resultado que denuncia a ineficácia no modo como as campanhas em saúde estão sendo difundidas para seus públicos-alvo. Além disso, esse resultado indica a existência de limitação programática em relação a elaboração de programas e campanhas direcionadas a promoção da saúde sexual e combate ao preconceito contra lésbicas.

Neste sentido, infere-se que, para além de elementos individuais e sociais, o atendimento prestado por profissionais de saúde às usuárias lésbicas também seria reflexo da ineficácia no modo como a informação está chegando aos profissionais nos serviços de saúde, já que, segundo os próprios profissionais, desconhecem qualquer campanha ou programa que tenha chegado à unidade com a finalidade de orientar acerca dessa temática.

Não é possível afirmar, no entanto, se o problema de divulgação e acesso às campanhas governamentais estaria nas esferas mais distantes do governo, ou se localmente, nos estados e municípios. Contudo, trata-se de um achado relevante que expõe a possibilidade de existência de falhas no modo como estas campanhas estão sendo elaboradas e disseminadas, assunto que será tratado com maior profundidade no estudo seguinte.

É importante salientar que as análises do presente estudo não partem do posicionamento ingênuo de que apenas por serem expostos à informação os profissionais de saúde mudariam suas condutas em relação a forma como prestam o atendimento às usuárias lésbicas. Embora se reconheça a importância da educação em saúde como um elemento transformador, considera-se que elementos subjetivos também atuam como determinantes de tais condutas.

Como destacam Pérez-Nebra e Jesus (2011), apenas o acesso à informação e ao conhecimento não seriam suficientes para reduzir o preconceito e a discriminação. As autoras evidenciam que, para além do acesso às informações, é preciso que ocorra a reflexão crítica por parte dos indivíduos preconceituosos. Porém, a dificuldade estaria no fato de que essa reflexão deve partir do indivíduo, e não ocorrer de forma impositiva ou forçada. Associada à reflexão, também pode ser utilizado o diálogo, considerado como um dispositivo que também pode auxiliar no processo de redução de tais fenômenos.

Outro fator que chama atenção diz respeito ao receio de que novas campanhas, programas e políticas públicas não sejam criadas, e as atuais reduzidas ou canceladas. Essa preocupação ocorre devido ao obscurantismo político que emerge no país, em decorrência de posicionamentos políticos conversadores que vêm se opondo às agendas anteriores de cuidado as minorias sexuais.

Trata-se de um horizonte de incertezas e dúvidas, já que alguns governantes têm indicado a falta comprometimento com as causas da população LGBTQ+, fato que impacta negativamente na luta contra o preconceito e a discriminação.

Estratégias Individuais para o Combate ao Preconceito

A segunda e última categoria intermediária que compõe a categoria final "Conhecimento e Capacitação Profissional" foi intitulada de *Estratégias Individuais para o Combate ao Preconceito na Saúde*. Essa categoria evidencia as repostas dos participantes que informaram fazer uso de estratégias, por conta própria, para obterem conhecimento acerca da temática do preconceito e discriminação nos serviços de saúde.

> "Na época da faculdade cheguei a ir a um evento em saúde que abordou o tema, aí aprendi algumas coisas sobre doenças, métodos específicos de prevenção e combate a discriminação. Eu também tenho duas amigas lésbicas, e já conversamos sobre, e elas me relataram algumas coisas" (Participante 9; Gênero Feminino).
>
> "Como sou curiosa, já li a respeito na internet sobre métodos de prevenção e sobre possíveis doenças" (Participante 18; Gênero Feminino).
>
> "Já vi coisas na internet" (Participante 27; Gênero Masculino).
>
> "A gente ouve falar junto a amigas de algumas coisas, mas nem sei se é verdade" (Participante 30; Gênero Masculino).

Esta última categoria agrupou as respostas dos participantes que relataram fazer uso de estratégias compensatórias para obtenção de conhecimento sobre o tema do preconceito e discriminação nos serviços de saúde contra lésbicas.

Os participantes 9 e 30 relataram que possuem amigas lésbicas e que por isso costumam conversar sobre o assunto. No entanto, na fala do participante 30 há uma ressalva, o mesmo diz que não sabe se o que é conversado é real. Isso pode indicar receio do participante em acreditar nas informações que são compartilhadas com ele a respeito do preconceito e discriminação contra lésbicas. Então, não é possível afirmar se essas informações obtidas pelo participante podem vir a interferir no atendimento que ele oferece no serviço que trabalha, já que, segundo o próprio, parece não ter confiança na veracidade das informações.

A participante 9 também evidencia que participou de uma palestra sobre o tema, na época em que estava na faculdade, o que é interessante, já que, devido a possível inexistência

de informações advindas do seu curso, a participante deve ter sentindo necessidade de suprir esta lacuna, buscando meios, fora da sua grade curricular, de conseguir obter conhecimento.

Daí vem também a necessidade de que as universidades promovam eventos, minicursos, palestras ou feiras em que a temática da saúde sexual das minorias possa ser discutida, já que formalmente, esse conteúdo não costuma fazer parte da estrutura curricular dos cursos em saúde. Esses eventos servem como porta de entrada para a visibilidade da saúde LGBTQ+ no meio acadêmico, além de poderem servir de inspiração para que os estudantes realizem pesquisas relacionadas ao tema, e contribuam com o aumento de visibilidade LGBTQ+ nas ciências, inclusive, levantando dados que podem ser de grande relevância para a criação de novas estratégias em saúde.

Os participantes 18 e 27 evidenciaram em suas respostas eu costumam realizar buscas na internet por informações pertinentes ao tema. De fato, existe diversas fontes de conhecimento de qualidade disponíveis na internet, que podem vir a ser utilizadas, inclusive, como guias. Entidades governamentais ou ONGS's, costumam disponibilizar, online e gratuitamente, alguns materiais, como cartilhas, manuais e folders, relacionados a temáticas como a promoção da saúde sexual das lésbicas, combate ao preconceito e a discriminação em LGBTQ+'s, entre outros assuntos de relevância à promoção dos direitos dessa comunidade.

Contudo, nem todos os materiais podem ser considerados válidos e de qualidade, por isso, cabe aos profissionais fazerem uso do senso crítico quanto aos materiais e conteúdos localizados, dando preferência por aqueles com embasamento científico, disponibilizados em sites confiáveis, de modo e evitar obter informações irrelevantes e que possam mais atrapalhar que ajudar na sua prática profissional.

5. Considerações Finais

O presente estudo objetivou investigar e analisar os posicionamentos de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde, que atuem em USF (Unidade de Saúde da Família), sobre da existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas nos serviços de saúde.

Assim, foram identificadas diferentes percepções que dividiram os posicionamentos em dois grupos opostos: desfavoráveis e favoráveis à conduta do personagem do médico que negou atendimento médico à personagem Sofia.

O grupo de participantes que emitiu respostas desfavoráveis à conduta do profissional, indicaram estar inseridos no processo de mudança social, apontando uma possível

ressignificação de conceitos, crenças a atitudes. Trata-se de um achado que pode sinalizar uma transformação subjetiva entre os profissionais de saúde em relação ao atendimento de usuárias lésbicas.

Ao mesmo tempo, também foram identificados posicionamentos favoráveis à conduta do personagem, o que indicaria a existência de uma coesão entre essa conduta e as práticas em saúde que os participantes consideram como corretas. Foram utilizadas diferentes justificativas como argumentos explicativos para a prática do médico. Considerou-se que essas justificativas são produtos do polo intergrupal, que fez com que os participantes buscassem justificar o comportamento do médico em recusar o atendimento à usuária lésbica, por meio de argumentos que acreditaram ser moralmente aceitos.

Trata-se da intensificação na filiação entre os participantes e o personagem do médico, resultando na maior coesão endogrupal, e consequentemente, no maior distanciamento exogrupal. Assim, dando origem também a elementos como o corporativismo.

Também considerou-se a possibilidade de existência de preconceito sutil por parte dos participantes, já que, ao tentarem justificar a negação do direito ao atendimento em saúde da personagem Sofia, sem considerar esse fato como uma violação, poderiam estar, na verdade, tentando suprimir seus próprios preconceitos em relação às lésbicas, pois, ao justificarem a conduta com explicações diversas, mas socialmente aceitas, podem estar buscando encobrir crenças e atitudes negativas acerca das práticas sexuais entre mulheres.

Foi percebido também que a desconsideração da existência de situações de discriminação nos serviços de saúde pode indicar a possibilidade de ocorrência de reforço na identidade social positiva do grupo, já que, negando a ocorrência da discriminação nos serviços em que atuam, os participantes indicariam uma possível transformação na qualidade dos atendimentos no serviço de saúde, e de certa forma, evitariam possíveis julgamentos sociais, já que, enquanto profissionais, representam uma classe que deveria se isentar de pré-julgamentos e de qualquer forma de discriminação contra os usuários que utilizam os serviços.

Verificou-se um escasso conhecimento técnico em decorrência da inexistência do oferecimento de formação específica sobre o tema nas faculdades, bem como pela inexistência de treinamentos ofertados pelos serviços de saúde em que os profissionais atuam, e pela ineficácia das campanhas em saúde, que se tornam inacessíveis para os profissionais.

Considerou-se que o preconceito ainda se faz presente entre os profissionais de saúde, no entanto, é recorrente sua manifestação de forma sutil, já que sua forma explícita seria moralmente e juridicamente reprovável, então, demonstrá-lo de forma sutil seria a forma

utilizada por parte dos profissionais que possuem crenças e atitudes desfavoráveis em relação as lésbicas. Contudo, isso não o faz menos danoso para a vítima.

Também foi evidenciado que, dentro das dimensões do conceito de vulnerabilidade em saúde, o preconceito e a discriminação, elementos que estão classificados na dimensão social, podem refletir no atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, porém, em sua forma sutil e não explícita, mas trazendo danos semelhantes à promoção da saúde sexual das usuárias lésbicas dos serviços de saúde.

É necessário observar que, no presente estudo, o quadro do preconceito e da discriminação contra usuárias lésbicas pareceu também sofrer influência, em maior ou menor grau, de elementos que, dentro do conceito de vulnerabilidade em saúde, compõem as dimensões individual e programática.

O conhecimento prévio que os participantes possuem sobre as vivências afetivo-sexuais de lésbicas, bem como a percepção do preconceito e da discriminação que essas mulheres podem vir a sofrer na sociedade, foram elementos que compuseram a dimensão individual. Associados a esses elementos, estiveram aqueles que fazem parte da dimensão programática, que no caso desse estudo foram: a ausência da discussão do tema da diversidade sexual nas faculdades em decorrência de currículos acadêmicos que não trazem este tipo de conteúdo; a inexistência de treinamentos e capacitação oferecidos pelos serviços de saúde aos profissionais; e a dificuldade de acesso à campanhas governamentais sobre a temática da promoção da saúde sexual e do combate ao preconceito e da discriminação nos serviços de saúde para a população lésbica.

Assim, esses elementos limitariam o acesso ao conhecimento e, consequentemente, a possibilidade de reflexão, por parte dos profissionais de saúde, acerca dessa temática, dificultando a modificação de crenças e atitudes e, posteriormente, das condutas nos serviços.

Além disso, percebeu-se que, indiretamente, outros elementos da dimensão social, além do próprio preconceito e da discriminação que já estão sendo investigados, podem influenciar o teor das respostas dos participantes. Tratam-se das relações de gênero, neste caso representadas pela presença do machismo e do heterossexismo que, possivelmente, também estariam influenciando às percepções de alguns participantes, principalmente, por embasarem a existência do preconceito sutil, elemento recorrente nos conteúdos observados.

Referências

Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. & Sanford, R. N. (1950). *The Authoritarian Personality*. New York: Harper & Row.

Allport, G. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison-Wesley.

Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2007). *Psicologia Social*. São Paulo: MacGraw Hill.

Amâncio, L. (2006). Identidade Social e Relações Intergrupais. Em: J. Vala, & M. B. Monteiro. Psicologia Social. 7 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Andersen, R., & Fetner, T. (2008). Cohort differences in Tolerance of Homosexuality: Attitudinal change in Canada and the United States, 1981-2000. *Public Opinion Quarterly*, *72*(2), 311-330.

Araujo, L. M. (2015). *Representações Sociais de Enfermeiras e Médicos do Campo da Saúde Sexual e Reprodutiva sobre as Mulheres Lésbicas*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro.

Arciniega, M. G., Anderson, T. C., & Tovar-Blank, Z. Tracey. (2008). Toward a Fuller Conception of Machismo: Development of Machismo and Caballerismo Scale. *Journal of Counseling Psychology, 55*(1), p. 19–33. Recuperado de: https://doi.org/10.1037/0022-0167.55.1.19.

Barbosa, R. M., & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Supl.2), 291-300. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2009001400011.

Bargh, J. (2006). What have We been Priming all these years? On the development, mechanisms, and ecology of nonconscious social behavior. *European Journal of Social Psychology*, *36*(2), 147–168.

Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (2000). *Studying the Mind in the Middle: a practical guide to priming and automatic research*. Handbook of Research Methods in Psychology. Cambridge University: New York.

Butler, J. (2003). *Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

Camino, L. (1996). Uma Abordagem Psicossociológica no Estudo do Comportamento Político. *Psicologia e Sociedade*, *8*(1), 16-42.

Carneiro, N. S., & Menezes, I. (2007). From an Oppressed Citizenship to Affirmative Identities:

Lesbian and gay political participation in Portugal. *Journal of Homosexuality*, *53*(3), 65-82.

Carrara, S. (2012). Discriminação, Políticas e Direitos Sexuais no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, *28*(1), p. 184-189.

Carvalho, V. A. (2013). *As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Curso de Especialização em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, RS.

Castillo, M., Rodríguez, V., Torres, R., Pérez, A., & Martel, É. (2003). La Medida de la Homofobia Manifesta y Sutil. *Psicothema*, 15, 197-204.

Coelho L. (2001). A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologista do Ponto de Vista da Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Revista Tesserat*, 4. Recuperado de: http://tesseract.sites.uol.com.br.

Coordenação de Políticas para a Diversidade Sexual (2017). *Diversidade Sexual e Cidadania LGBT*. 2a ed. São Paulo: IMESP.

Costa, Ângelo Brandelli, & Nardi, Henrique Caetano. (2015). Homofobia e Preconceito contra Diversidade Sexual: Debate conceitual. *Temas em Psicologia*, *23*(3), 715-726. doi: https://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-15.

Costa, A. B., Peroni, R. O., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2013) Homophobia or Sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *International Journal of Psychology*, *48*(5), 900-909. doi: 10.1080/00207594.2012.729839.

Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2010). Imagens Sociais de Pessoas LGBT. Em: C. Nogueira, & J. M. Oliveira (Orgs.), *Estudo sobre a Discriminação em Função da Orientação Sexual e da Identidade de Gênero* (pp. 93-147). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.

Dijksterhuis, A., & Bargh, J. (2001). The Perception-behavior Expressway: Automatic effects of social perception on social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 1–40.

Drumontt, M. P. (1980). Elementos para uma Análise do Machismo. *Perspectivas: Revista de Ciências Sociais*, 3, Recuperado de: http://hdl.handle.net/11449/108171.

Farr, R. (2002). *As Raízes da Psicologia Social Moderna*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Fébole. D. S. (2017). A Produção de Violências na Relação de Cuidado em Saúde da População LGBT no SUS. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Estadual de Maringá,

Maringá, PR.

Foucault, M. (1978). *A História da Sexualidade*, vol. 1. São Paulo: Editora Paz & Terra.

França, D. X. (2005). *Socialização do Preconceito em Crianças Negras, Mulatas e Brancas do Brasil*. Tese de Doutorado, Departamento de Psicologia Social e das Organizações, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Galinkin, A. L., & Zauli, A. (2011). Identidade Social e Alteridade. Em: C. V. Torres, & E. R. Neiva (Orgs.), *Psicologia Social: principais temas e vertentes*. Porto Alegre: Artmed.

Galvão, A. C. (2009). *Os Muros (In)Visíveis do Preconceito: Um estudo das Representações Sociais das Pessoas que vivem com HIV/aids*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade de Brasília, Brasília/DF.

Guimarães, R. C. P., Cavadinha, E. T., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2017). Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus, actas. de saúde colet*., Brasília, *11*(1), 121-139. doi: http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327.

Gutiérrez, N. I. M. (2007). Siyuación de Salud Sexual y Reproductiva, Hombres y Mujeres Homosexuales: Hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, *3*(1), 02-16.

Hamilton, D. L. (1979). A Cognitive-attributional Analysis of Stereotyping. Em: L. Berkowitz (Org.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 12). New York: Academic Press.

Heck, J. E., Sell, R., & Gorin, S. S. (2006). Health Care Access Among Individuals Involved in Same-Sex Relationships. *American Journal of Public Health*. *96*(6), 1111-1118. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661.

Herek, G. M. (1992). The Social Context of hate Crimes: Notes on cultural heteroxism. Em: G. M. Herek, & K. T. Berril. *Hate Crimes: confronting violence against lesbians and gay men* (pp. 89-104). Newburry: Sage.

Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1, 6-24. doi:10.1525/srsp.2004.1.2.6

Hewstone, M. (1990). The Ultimate Attribution Error? A review of the literature on intergroup causal attribution. *European Journal of Social Psychology*, 20, 311-335.

Hovland, C. I., & Sears, R. R. (1940). Minor Studies in Aggression VI: Correlation of Lynching with Economic Indices. *Journal of Personality*, 9, 301-310.

Jones, J. M. (1972). *Racismo e Preconceito*. São Paulo: Edgard Blücher.

Knauth, D. R. (2009). *Relatório do Projeto as Faces da Homofobia no Campo da Saúde*. Ministério da Saúde.

Knauth, D. R. (2009). *As faces da Homofobia no Campo da Saúde*. Fundação medica do Rio Grande do Sul.

Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um Estudo sobre as Formas de Preconceito contra Homossexuais na Perspectiva das Representações Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *15*(1), 165-178. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S010279722002000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722002000100018.

Lagarde, M., & Ríos, M. (2009). Definindo Sororidade. Em: S. B. Gamba. *Diccionario de Estúdios de Género y Feminismos*. Buenos Aires. Recuperado de: https://we.riseup.net/radfem/definindo-sororidade-marcela-lagarde.

Lima, M. A. S. (2016). Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Lima, M. A. S. (2019). *(In)Visibilização da População Lésbica e Direito à Saúde: Promoção da saúde sexual como elemento garantidor da dignidade humana*. Monografia. Graduação em Direito. Centro de Ciências Jurídicas (Unidade Sede) Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Lionço, T. (2008). Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde, Soc.*, *17*(2), p. 11-21.

Meinerz, N. (2009). Método Cem por cento Garantido. Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. *Boletim Eletrônico Ciudadania Sexual, America Latina*, 16, p. 1-7.

Meinerz, N. (2011). *Entre Mulheres. Etnografia sobre Relações Homoeróticas Femininas em Segmentos Médios Urbanos na Cidade de Porto Alegre*. Coleção Sexualidade, Gênero e Sociedade. Homossexualidade e Cultura. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Melo, A. P. L. (2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": Gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estatual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro, Brasil. Recuperado de: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1612.

Michels, E., Mott L., & Paulinho. (2018). *Mortes Violentas de LGBT no Brasil - Relatório -*

2018. Grupo Gay da Bahia. Recuperado de: https://tribunahoje.com/wp-content/uploads/2019/01/Popula%C3%A7%C3%A3o-LGBT-morta-no-Brasil-relat%C3%B3rio-GGB-2018.pdf?x69597.

Ministério dos Direitos Humanos. (2018). *Violência LGBTFóbicas no Brasil: dados da violência*, Brasília: Ministério dos Direitos Humanos.

Myers, D. G. (1995). *Psicologia Social*. México: McGraw-Hill.

Patatas, L. P. C. (2014). *Preconceito, Identidade e Representações Sociais: relações intergrupais entre estudantes indígenas e não indígenas no ambiente acadêmico*. Tese de Doutorado. Programa de Doutorado Institucional em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Paulino, D. B. (2016). Discursos sobre o Acesso e a Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT entre Médicos(as) da Estratégia Saúde da Família. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.

Pedrosa C. M., & Spink, M. J. P. (2011). A Violência contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: Desafios para a formação médica. *Saúde e Sociedade, 20*(1), 124-135. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100015.

Pérez-Nebra, A, R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, Estereótipo e Discriminação. Em: C. V. Torres, & E. R. Neiva (Cols.). *Psicologia social: Principais temas e vertentes* (pp. 219-237). Porto Alegre: Artmed.

Pettigrew, T. F. (1979). The Ultimate Attribution Error: Extending Allport's cognitive analysis of prejudice. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 461-476.

Piason, A. S., & Strey, M. N. (2011). Um Novo Olhar em Relação às Mulheres: Em Busca de Visibilidade às Lésbicas. Em: M. N. Strey, A. S. Piason, & A. L. S. Júlio (Orgs.). *Vida de Mulher: Gênero, Sexualidade e Etnia*, 7. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Prado, M. A., & Machado, F.V. (2008). *Preconceito contra Homossexuais: a hierarquia da invisibilidade*. São Paulo: Cortez.

Rivera, G. A. (2009). As Novas formas de Racismo e os Valores Sociais. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB.

Rufino A. C., Madeiro, A.P., & Girão M. J. B. C. (2013). O Ensino da Sexualidade nos Cursos Médicos: A percepção de estudantes do Piauí. *Rev. bras. educ. med.* (Rio de Janeiro), *37*(2), 178-185.

Salinas Urbina, A. A., & Jarillo Soto, E. (2013). La Confrontación de la Sexualidad en la Práctica Profesional de los Futuros Médicos: La mirada de los pasantes de

medicina. *Ciência & Saúde Coletiva*, *18*(3), 733-742. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300019.

Sandoval, S. (1996). O Comportamento Político como Campo Interdisciplinar de Conhecimento: A re-aproximação da sociologia e da psicologia social. Em: Lhullier, L., Camino, L., & Salvador, S. (Orgs.). *Estudos do Comportamento Político: Abordagem Multidisciplinar*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Sherif, M. (1953). *Groups in Harmony and Tension*. New York: Harper.

Souza, A. C. J. (2018). *Análise sobre Acesso e Qualidade da Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil*. Tese de Doutorado. Doutorado em Saúde Pública. Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE. Recuperado de: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32910/2/2018souza-acj.pdf.

Souza, E. M. & Pereira, S. J. N. (2013). (re)Produção do Heterossexismo e da Heteronormatividade nas Relações de Trabalho: a discriminação de homossexuais por homossexuais. *Ram, Rev. Adm. Mackenzie*, *14*(4), p. 76-105.

Supremo Tribunal Federal. (2019). STF Enquadra Homofobia e Transfobia como Crimes de Racismo ao Reconhecer Omissão Legislativa. Imprensa. Notícias STF. Recuperado de: http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010.

Tajfel, H. (1970). *Experiments in Intergroup Discrimination*. Scientific American, 223.

Tajfel, H. (1972). La Catégorisation Sociale. Em: S. Moscovici (Org.), *Introduction à la Psychologie Sociale* (Vol. 1). Paris: Larousse.

Tajfel, H. (1978). Social Categorization, Social Identity, and Social Comparison. Em: H. Tajfel, (Org.). *Differentiation Between Social Groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. Londres: Academic Press.

Tajfel, H. (1981). *Grupos Humanos e Categorias sociais*. Lisboa: Livros Horizonte.

Toledo, L. G. (2008). *Estigmas e Estereótipos sobre as Lesbianidades e suas Influências nas Narrativas de Histórias de Vida de Lésbicas Residentes em uma Cidade do Interior Paulista*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP.

CAPÍTULO IV

ANÁLISE DOCUMENTAL DE CAMPANHAS NACIONAIS EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM LÉSBICAS

Resumo: Para que ocorra o acolhimento humanizado nos serviços de saúde do SUS, há necessidade de transformações na forma pensar, nas crenças e nas atitudes da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde da Atenção Primária onde deve-se priorizar o reconhecimento das diferentes formas de expressão da sexualidade das mulheres. Espera-se que as políticas públicas, através da veiculação de campanhas e projetos, possam ao menos promover a reflexão sobre o quanto esta forma de pensar e perceber o outro é prejudicial por promoverem a discriminação, a exclusão e o aumento da vulnerabilidade em saúde sexual. **Objetivo:** O presente estudo objetivou realizar a investigação e análise da pertinência e adequação de materiais oriundos de campanhas nacionais governamentais elaboradas pelo Ministério da Saúde ou em parceria com esse, voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas. **Método:** Tratou-se de um estudo exploratório, transversal e documental realizado com materiais de domínio público disponíveis na internet com o intuito de elaborar um levantamento acerca de materiais disponibilizados online sobre campanhas brasileiras organizadas pelo/ou em parceria com o Ministério da Saúde, voltadas para profissionais de saúde e/ou usuárias com o intuito de promover a saúde sexual de lésbicas. Para localização dos documentos foram utilizados os indexadores: "Campanha + Saúde + Sexual + Lésbicas"; "Campanha + IST + Lésbicas"; Campanha + DST + Lésbicas e "Políticas + Públicas + Lésbicas". Foi utilizada a faixa temporal de 14 (quatorze) anos, especificamente de 2004 até 2019. Os materiais foram categorizados e analisados pela técnica de Análise Categorial Temática. **Resultados:** Foram localizados um total de 7 documentos, sendo 2 Cartilhas, 1 Caderno de Atenção Básica, 1 Livreto, 1 Campanha, 1 Relatório de Encontro e 1 Manual. Os resultados apontaram que parte dos materiais localizados apresentam orientações superficiais e pouco detalhadas, além de informação imprecisas sobre as necessidades específicas das lésbicas. Também foram identificadas limitações na forma como esses materiais foram disponibilizados para os profissionais e/ou para população lésbica. **Considerações Finais:** A partir do levantamento documental realizado pode-se dizer que, no que se refere ao cuidado em saúde sexual de lésbicas, o Brasil sinaliza ter iniciado uma gradativa transformação nas políticas de saúde pública, embora pareça ainda existirem alguns impasses que parecem impedir sua plena efetivação, expansão e continuidade dos objetivos propostos.

Palavras-chave: Mulheres Homossexuais; Campanhas; Saúde Sexual; Vulnerabilidade.

DOCUMENTAL ANALYSIS OF NATIONAL HEALTH CAMPAIGNS FOR THE PREVENTION OF SEXUALLY TRANSMISSIBLE INFECTIONS IN LESBIANS

Abstract: In order for humanized care to take place in SUS health services, there is a need for changes in the way of thinking, in the beliefs and attitudes of the community, managers and health professionals in Primary Care, where the recognition of different ways of expressing women's sexuality. It is hoped that public policies, through the dissemination of campaigns and projects, can at least promote reflection on how harmful this way of thinking and perceiving others is because they promote discrimination, exclusion and increased vulnerability in sexual health. **Objective:** The present study aimed to carry out the investigation and analysis of the pertinence and adequacy of materials from national government campaigns prepared by the Ministry of Health or in partnership with it, aimed at promoting the sexual health of lesbians. **Method:** This was an exploratory, cross-sectional and documentary study carried out with public domain materials available on the Internet in order to prepare a survey on materials made available online about Brazilian campaigns organized by/or in partnership with the Ministry of Health, aimed at for health professionals and/or users in order to promote the sexual health of lesbians. The indexes were used to locate the documents: "Campaign + Health + Sexual + Lesbians"; "Campaign + IST + Lesbians"; Campaign + STD + Lesbians and "Policies + Public + Lesbians". The 14 (fourteen) year time range was used, specifically from 2004 to 2019. The materials were categorized and analyzed using the Thematic Categorical Analysis technique. **Results:** A total of 7 documents were found, of which 2 Booklets, 1 Primary Care Notebook, 1 Booklet, 1 Campaign, 1 Meeting Report and 1 Manual. The results showed that part of the materials located have superficial and little detailed guidelines, in addition to inaccurate information about the specific needs of lesbians. Limitations were also identified in the way these materials were made available to professionals and/or to the lesbian population. Final **Considerations:** From the documentary survey carried out, it can be said that, with regard to the sexual health care of lesbians, Brazil signals that it has started a gradual transformation in public health policies, although it seems that there are still some impasses that seem to prevent its full effectiveness, expansion and continuity of the proposed objectives.

Keywords: Homosexual Women; Campaigns; Sexual Health; Vulnerability.

ANÁLISIS DOCUMENTAL DE CAMPAÑAS NACIONALES DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES SEXUALMENTE TRANSMISIBLES EN LESBIANAS

Resumen: Para que la atención humanizada tenga lugar en los servicios de salud del SUS, es necesario realizar cambios en la forma de pensar, en las creencias y actitudes de la comunidad, los gerentes y los profesionales de la salud en Atención Primaria, donde el reconocimiento de diferentes formas de expresar la sexualidad de las mujeres. Se espera que las políticas públicas, a través de la difusión de campañas y proyectos, al menos puedan promover la reflexión sobre cuán dañina es esta forma de pensar y percibir a los demás porque promueven la discriminación, la exclusión y una mayor vulnerabilidad en la salud sexual. **Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo llevar a cabo la investigación y el análisis de la pertinencia y la adecuación de los materiales de las campañas del gobierno nacional preparadas por el Ministerio de Salud o en colaboración con este, con el objetivo de promover la salud sexual de las lesbianas. **Método:** Este fue un estudio exploratorio, transversal y documental realizado con materiales de dominio público disponibles en Internet con el fin de preparar una encuesta sobre materiales disponibles en línea sobre campañas brasileñas organizadas por/o en asociación con el Ministerio de Salud, con el objetivo de para profesionales de la salud y/o usuarios con el fin de promover la salud sexual de las lesbianas. Los índices se utilizaron para localizar los documentos: "Campaña + Salud + Sexual + Lesbianas"; "Campaña + IST + Lesbianas"; Campaña + ETS + Lesbianas y "Políticas + Público + Lesbianas". Se usó el rango de tiempo de 14 (catorce) años, específicamente de 2004 a 2019. Los materiales se clasificaron y analizaron utilizando la técnica de análisis categórico temático. **Resultados:** Se encontraron un total de 7 documentos, de los cuales 2 folletos, 1 cuaderno de atención primaria, 1 folleto, 1 campaña, 1 informe de reunión y 1 manual. Los resultados mostraron que parte de los materiales localizados tienen pautas superficiales y poco detalladas, además de información inexacta sobre las necesidades específicas de las lesbianas. También se identificaron limitaciones en la forma en que estos materiales se pusieron a disposición de los profesionales y/o de la población lesbiana. **Consideraciones Finales:** De la encuesta documental realizada, se puede decir que, con respecto a la atención de la salud sexual de las lesbianas, Brasil señala que ha comenzado una transformación gradual en las políticas de salud pública, aunque parece que todavía hay algunos impases que parecen evitar su plena efectividad, expansión y continuidad de los objetivos propuestos.

Palabras Clave: Mujeres Homosexuales; Campañas; Salud Sexual; Vulnerabilidad.

ANÁLISE DOCUMENTAL DE CAMPANHAS NACIONAIS EM SAÚDE PARA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM LÉSBICAS

1. Introdução

O presente estudo objetivou realizar a investigação e análise da pertinência e adequação de materiais oriundos de campanhas nacionais governamentais elaboradas pelo Ministério da Saúde ou em parceria com esse, voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas. A decisão pela realização de um levantamento documental partiu da compreensão de que esse tipo de investigação constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, visto que pode tanto complementar informações obtidas por outras técnicas como desvelar aspectos novos de um tema ou problema (Ludke & André, 1986). Além disso, considera-se a existência desses documentos como de grande relevância para a promoção da educação em saúde. Neste sentido, buscou-se além de realizar o levantamento dos documentos, detalhar seus aspectos e discutir suas formas de execução, efetivação e possíveis limitações.

Para tanto, partiu-se da condição de que a assistência à saúde feminina passou a receber destaque dentro das políticas públicas de saúde brasileiras, embora tal preocupação apenas tenha se massificado a partir do século XX, especificamente a partir da década de 1930, com o surgimento da primeira versão do Programa de Saúde Materno-infantil (Araujo, 2015). Segundo Ferreira (1997) esse programa, que apresentou outras duas versões nos anos de 1950 e 1970, contemplava o acompanhamento pré-natal das gestantes bem como o controle de partos domiciliares; assistência à criança e ao adolescente de 5 a 14 anos; expansão da assistência materno-infantil com integração de grupos comunitários; e a suplementação alimentar para prevenir a desnutrição materna.

Assim, é perceptível que o Programa de Saúde Materno-infantil, embora originalmente pensado para a saúde feminina, traduz uma visão restrita sobre a mulher, pois se baseava no seu papel criado socialmente enquanto mãe, heterossexual e doméstica, responsável pela criação dos filhos e dos cuidados do lar. Esta concepção perdurou até o início dos anos 1980, visto que foi nessa época que grupos de mulheres de diferentes regiões do Brasil, influenciadas pelos movimentos feministas internacionais, intensificaram a reflexão acerca do papel da mulher na sociedade.

Segundo Costa, Bahia e Conti (2007) esses grupos mantinham questionamentos embasados na busca pela conquista da igualdade, da liberdade sexual e da livre opção pela maternidade. Entre esses questionamentos destaca-se, justamente, a centralidade do Programa de Saúde Materno-infantil apenas na concepção e anticoncepção, sem enfocar nos outros aspectos da saúde da mulher. Segundo Araujo (2000) foi nesta época em que foi dada maior visibilidade a temas até então pouco discutidos, como políticas populacionais, planejamento familiar, assistência à saúde materna, direitos sexuais e reprodutivos, em especial, aborto e esterilização.

Segundo Kornijezuk (2015) a pressão política exercida por grupos organizados de mulheres no Brasil exigia visibilidade enquanto sujeitos de direitos, o que culminou em 1984 na elaboração de uma nova política de atenção à saúde da mulher, desta vez chamada de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). A PAISM visava ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, nos âmbitos da assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST's, câncer de colo de útero e de mama (Ministério da Saúde [MS], 1984). Contudo, tais ações continuaram por desconsiderar outras formas de expressão da sexualidade feminina (Araujo, 2015).

Foi apenas no ano de 2004 que o Ministério da Saúde elaborou uma nova política pública de saúde em acréscimo à PAISM, chamada de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM. Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2004) a PNAISM visou contemplar, na medida do possível, as mulheres em suas especificidades, em especial: negras, indígenas, quilombolas, lésbicas, bissexuais, transexuais, em situação de prisão, mulheres do campo, da floresta e das águas, com deficiência, em situação de rua, em sofrimento psíquico, e nos diferentes ciclos de vida, com ênfase nos processos de climatério e envelhecimento. Dessa forma, a PNAISM foi a primeira política a englobar entre as diferentes populações-alvo as mulheres lésbicas e bissexuais.

Embora a PNAISM proponha um avanço no cuidado em saúde ao lançar olhares sobre as lésbicas, é importante enfatizar que, para que essas mulheres possam tomar suas decisões em relação ao cuidado em suas práticas sexuais, torna-se indispensável que as políticas ampliem as condições sociais (Carvalho & Philippi, 2013). Assim, segundo Rodrigues e Schor (2010), não seria suficiente apenas a existência de direitos incorporados a políticas, pois estes podem ser limitados apenas a seus objetivos ou diretrizes, mas sim a ampliação de tais direitos de modo que seja possível a construção de "uma rede de infraestrutura, com intervenções sociais, que

possibilite que tais direitos sejam de fato usufruídos" (Rodrigues & Schor, 2010, p. 4).

No mesmo ano, 2004, o governo federal também lançou aquele que seria um marco para os direitos da comunidade LGBTQ+, o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais "Brasil sem Homofobia". Um dos objetivos do programa foi formalizar o Comitê Técnico "Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais", do Ministério da Saúde, com o intuito de estruturar uma Política Nacional de Saúde para população LGBTQ+, que possa promover, entre outros fatores, a atenção à saúde da mulher lésbica em todas as fases da vida e em diferentes contextos (MS, 2004).

No entanto, mesmo com a existência PNAISM e do programa Brasil sem Homofobia, Lima (2016) evidenciou a permanente má qualidade nos atendimentos ginecológicos que, por sua vez, deveriam também abarcar as especificidades em saúde sexual das lésbicas, visto que se instalou um dissenso entre as propostas dos programas e aquilo que os serviços de saúde ofereciam na prática às usuárias.

Assim, diferentes grupos formados por lésbicas se organizaram e passaram a denunciar a má qualidade dos atendimentos em saúde, e passaram a exigir a elaboração de políticas públicas de saúde mais consistentes e que pudessem contemplar de fato suas demandas. Neste sentido, diante da evidente carência no campo da saúde pública, o Ministério da Saúde buscou elaborar uma nova estratégia que focasse no cuidado sem discriminação e preconceito (Moscheta, 2011).

Foi então que no ano 2011 o Ministério da Saúde, junto com a Secretaria Especial de Direitos Humanos, lançou uma nova política pública em saúde, sendo esta específica ao cuidado a população LGBTQ+, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada pela Portaria no 2.836, de 1° de dezembro de 2011 (MS, 2011). Seu principal objetivo foi possibilitar a ocorrência de atendimentos humanizados e qualificados para a população LGBTQ+ (MS, 2011).

Contudo, mesmo diante da existência da Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, é possível se verificar, a partir de estudos realizados com grupos de mulheres lésbicas (Rodrigues, 2011; Carvalho & Philippi, 2013; Moscheta, Fébole & Anzolin, 2016), que ainda são recorrentes as violações ao direito à saúde para esta população, visto que dentre as queixas destaca-se o atendimento não direcionado para suas demandas e especificidades em saúde sexual.

Estudos nacionais (Mello, 2010, Almeida 2009, Carrara 2005; Coelho, 2001) destacam que os serviços de saúde são apontados como um dos principais contextos de ocorrência de discriminação para a população lésbica. A indiferença diante da revelação da orientação sexual das usuárias pode representar um despreparo por parte dos profissionais, que preferem negar as práticas sexuais lésbicas ao invés de prestarem orientações adequadas à promoção da saúde sexual. Já em outras situações, segundo Toledo (2008) poderiam os médicos ginecologistas presumirem uma orientação heterossexual nas usuárias e lhes oferecendo orientações para o sexo seguro para relações entre homens e mulheres, sem respeitar as especificidades das relações entre mulheres.

Quando os profissionais de saúde, a exemplo dos ginecologistas, desconhecem as vivências sexuais e especificidades das usuárias lésbicas ou, quando a usuária decide revelar sua sexualidade, não conseguem administrar a informação recebida, passam a desconsiderar as singularidades dessas mulheres (Coelho, 2001). Neste contexto, Fachinni (2009) destaca que uma queixa comum entre lésbicas sobre o atendimento ginecológico refere-se ao fato de o profissional, após o relato da usuária sobre sua sexualidade, agir como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse o que falar a respeito das especificidades do sexo entre mulheres ou das demandas relacionadas a promoção da saúde sexual destas.

Neste sentido, considera-se questionável a forma como a política de promoção do cuidado em saúde para populações específicas está sendo efetivada por meio de campanhas, quando aquelas que deveriam ser beneficiadas por esta política relatam ineficácia no acolhimento ou atendimento recebido nos serviços de saúde. Além disso, segundo Gaudad (2013) em um levantamento realizado com campanhas realizadas pelo Ministério da Saúde, entre os anos de 2008 e 2012, não foi localizada nenhuma campanha educativa sobre a prevenção às IST's e Aids voltada para o público de lésbicas ou profissionais de saúde, e este quadro se mantém até os dias de hoje.

É fundamental que a implementação de campanhas de promoção da saúde sexual de lésbicas favoreça a educação em saúde para as usuárias e para os profissionais, para que possam promover reflexões e auxiliar tecnicamente no acolhimento adequado e humanizado, no atendimento às necessidades de saúde desta população e na promoção do conhecimento acerca das formas, dos métodos possíveis para prevenção contra IST's e os seus direitos enquanto cidadãs (Oliveira, 2016), como destacam Rodrigues e Schor (2010, p. 9):

> a construção da saúde sexual de cada sujeito está atrelada a dois processos diferentes, no entanto, completamente imbricados: o recebimento de informações referentes aos direitos que cada

> pessoa tem enquanto cidadã (por exemplo, direito de ser homossexual e receber tratamento médico de qualidade, sem que sua orientação sexual prejudique a qualidade do atendimento) e ao profissional em garantir a execução desses direitos, considerando que as desigualdades de gênero, a homofobia, o machismo, a discriminação são esferas que constituem o cotidiano do sujeito sexual, e por isso não podem ser ignoradas nas tecnologias de prevenção e aconselhamento.

A própria Constituição Federal Brasileira de 1988, vigente atualmente, e que é considerada a Lei maior basilar que constitui o país enquanto Estado de Direito, estabelece que a saúde é um direito social, sendo um direito de todos:

> Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, p. 118).

Logo, ao considerar a saúde como um "direito de todos", sem exceção, a Constituição Federal abre a possibilidade de interpretação de que todos os indivíduos, sem diferenças, sejam de sexo, gênero, idade, credo, raça e orientação sexual tenham o direito a saúde, e para que isso se torne um direito concreto, a própria Constituição segue dizendo que a saúde é um "dever do Estado", que deve atuar para garantir sua efetivação (Furlan, 2014).

É importante salientar que a saúde também pode ser considerada um direito fundamental, como destaca Santos (2018), visto que se trata de um direito que compõe o rol do art. 6º da Constituição Federal, de modo todos as artigos contidos no título II do texto constitucional, que vão do artigo 5º ao 17 tratam-se de direitos fundamentais. Os direitos fundamentais são, como destaca Prado (2012), prerrogativas individuais e coletivas que estão constitucionalmente amparadas, em face de agentes públicos e privados.

Dessa forma, o direito à saúde, enquanto um direito social fundamental constitucionalmente estabelecido, deve ser garantido pelo Estado, a cada cidadão, seja individual ou coletivamente. Para tanto, deve ser feito uso, principalmente, das políticas públicas de saúde, que seriam, de forma geral, um conjunto de decisões e ações que são geralmente propostas por um ente estatal, em uma determinada área, de forma discricionária ou pela combinação conjunta de esforços com a comunidade ou setores da sociedade civil (Tude, 2011).

No caso da população de mulheres lésbicas, é fundamental que as ações em saúde levem em consideração a necessidade de que seja garantida também a equidade, ou seja, a busca por diminuir as iniquidades (MS, 2017), considerando que as pessoas não são iguais e, por isso,

possuem necessidades distintas, de modo que sejam oferecidos cuidados em saúde específicos às suas demandas e baseados na equidade (Rios, 2001).

Outro ponto de fundamental importância seria a preocupação com as transformações na forma de pensar dos indivíduos, como destacam Abrão e Costa (2009), bem como as modificações nas crenças e nas atitudes da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde da Atenção Primária, que devem-se priorizar o reconhecimento das diferentes formas de expressão da sexualidade das mulheres.

Trata-se de um longo e difícil processo, visto que para a sociedade ainda é muito forte a ideia de que qualquer conduta que se distancie do "padrão" heterossexual deve ser reprovável, e essa ideia está presente nos mais diversos setores da sociedade, inclusive na saúde. Não é possível garantir que a criação e efetivação de campanhas em saúde seja por si só suficiente para que ocorra uma mudança nos modos atuais de atendimento em saúde prestados por alguns profissionais, já que a existência de conhecimento não necessariamente implique em mudanças de comportamentos.

Como já analisado nos Estudos 1 e 2, que compõem este trabalho de tese, elementos como atitudes e crenças podem estar influenciando condutas desfavoráveis em saúde, e se faz necessário que o conhecimento advindo das campanhas em saúde seja capaz de modificar tais elementos, seja pela relevância do seu conteúdo, seja por seu poder de persuasão ou por alguma outra forma de modificar esses elementos.

Neste sentido, não se objetiva considerar que a existência isolada de campanhas em saúde seria a solução definitiva de todos os problemas que afetam o atendimento prestado nos serviços de saúde às mulheres lésbicas. Trata-se de um problema de maior complexidade e que possivelmente exija uma ação ampla, já que crenças, atitudes, preconceitos e discriminação são elementos socialmente construídos, geralmente compartilhados, e que costumam requerer um intenso processo que, no caso dos profissionais em saúde, possa ser iniciado pela orientação adequada advinda com a educação em saúde, e se misture a questões éticas e pessoais.

Assim, é imprescindível a investigação acerca de como a promoção do cuidado em saúde sexual oferecido pelo Estado para a população lésbica está (ou não) se materializando por meio de campanhas e correspondendo aos seus objetivos principais. Neste sentido, buscou-se realizar um levantamento online acerca da existência de campanhas governamentais elaboradas no Brasil com enfoque na promoção da saúde sexual de lésbicas na faixa temporal de 2004 até 2019, em que foram detalhados seus aspectos e discutidas suas formas de execução, efetivação e possíveis limitações.

2. Objetivo Geral

O presente estudo objetivou realizar a investigação e análise da pertinência e adequação de materiais oriundos de campanhas nacionais governamentais elaboradas pelo Ministério da Saúde ou em parceria com esse, voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas.

3. Método

3.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo exploratório, transversal e documental realizado com materiais de domínio público disponíveis na internet com o intuito de realizar a investigação e a análise da pertinência e adequação de materiais oriundos de campanhas nacionais governamentais elaboradas pelo Ministério da Saúde ou em parceria com esse, voltadas para profissionais de saúde e/ou usuárias com o intuito de promover a saúde sexual de lésbicas.

3.2 Lócus

O lócus da pesquisa foram sites disponibilizados na internet, para tanto foram utilizados o buscador Google, o site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e o site do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, onde foram realizadas pesquisas por campanhas nacionais voltadas para profissionais de saúde e/ou usuárias que possuíssem o intuito de promover a saúde sexual de lésbicas. Para localização dos sites foram utilizadas palavras-chave relacionadas ao tema e elaboradas com auxílio dos descritores em ciências da saúde disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

As palavras-chave utilizadas nas buscas foram: “Homossexualidade Feminina + Saúde”; “Campanha + Saúde + Lésbicas” “Campanha + Saúde + Sexual + Lésbicas”; “Campanha + DST + Lésbicas”; “Campanha + IST + Lésbicas” e “Políticas + Públicas + Lésbicas”. Foi tomado como referência para delimitação dos documentos a faixa temporal que vai do ano de 2004 até 2019.

O motivo da delimitação da data inicial se deu devido ao ano de 2004 ter sido aquele em que foi elaborado, no Brasil, o programa “Brasil sem homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania Homossexual”, que entre seus objetivos buscou formalizar o Comitê Técnico “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, do Ministério da

Saúde, com o intuito de estruturar a Política Nacional de Saúde para população LGBT (MS, 2004).

3.3 Procedimentos

Após a delimitação da faixa temporal dos documentos foi dado início ao levantamento dos mesmos pela internet. Inicialmente foi realizada uma busca geral por diferentes sites com o auxílio do buscador Google. Esta busca objetivou localizar páginas virtuais que contivessem informações ou documentos relevantes relacionados aos indexadores utilizados. A busca com uso dos indexadores também foi realizada nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e no site do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Os documentos localizados foram salvos, bem como o endereço dos sites, em um protocolo elaborado no editor de textos Word, para construção do corpus e posterior análise. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Documentos elaborados ou distribuídos entre os anos de 2004 e 2019; nacionais; disponibilizados online; Documentos elaborados pelo ou em parceria ao Ministério da Saúde.

3.4 Análise dos Dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo categorial temática, baseada no modelo proposto por Gomes (1994). O processo de categorização foi realizado *a posteriori*. Para realização deste tipo de análise, Gomes (1994) propõe que sejam consideradas algumas etapas, a saber: 1) transcrição dos dados, 2) leitura flutuante dos dados e 3) leitura aprofundada dos dados, 4) separação dos conteúdos em temas. Logo, após a codificação e agrupamento dos textos com temas correlatos, esses foram organizados em categorias iniciais, intermediárias e finais, o que tornou possível a interpretação e inferência de seus conteúdos (Silva & Fossá, 2015). Para maior fidedignidade dos resultados foi solicitado o auxílio de dois juízes que puderam constatar se os trechos representativos estariam em consonância com os agrupamentos e classes temáticas elaborados, buscando diminuir discrepâncias na escolha das categorias.

4. Resultados e Discussão

Foram localizados um total de sete documentos, sendo duas Cartilhas, um Caderno de Atenção Básica, um Livreto, uma Campanha, um Relatório de Encontro e um Manual. Após a leitura de cada documento foi realizada divisão dos mesmos com base no ano de criação, título e objetivos.

Tabela 6

Ano, Título e Objetivos dos Documentos

Ano	Documento	Objetivo
2006	Livreto – Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais	Oferecer dicas sobre saúde (alimentação, gravidez, uso de drogas e menopausa), sexualidade e informações sobre a legislação brasileira para lésbicas e mulheres bissexuais.
2008 (5ª edição)	Cartilha Prazer sem Medo	Promover a informação para a população lésbica e bissexual sobre a importância dos cuidados com a saúde, em geral, e com a saúde ginecológica.
2010	Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva	Oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva, tendo por princípio a abordagem integral e a promoção dos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.
2013	Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social	Compartilhar informações e refletir sobre o que é ser mulher lésbica ou bissexual, promovendo maior visibilidade a este público, sensibilizando gestores e profissionais de saúde para um acolhimento adequado à saúde dessas mulheres. Busca auxiliar na compreensão e no manejo de situações frequentes no atendimento, contribuindo efetivamente para uma melhor atenção à saúde.
2014	Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais"	Tornar público o teor das discussões proporcionadas pela oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais" e a síntese de recomendações para qualificar a atuação de profissionais de saúde e as estratégias da gestão.
2015	Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil	Sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS para oferecer um atendimento qualificado onde estes passariam a considerar as necessidades específicas das lésbicas, de modo que elas se sintam acolhidas e recebam informações concretas sobre cuidados em saúde.
2018	Manual Orientador sobre Diversidade	Contribuir na formação e informação das temáticas LGBT principalmente no que diz respeito a sexualidade, relações de gênero, saúde, preconceitos e discriminações em diversos espaços da sociedade.

Após a leitura de cada documento, os mesmos foram categorizados tomando por base seus objetivos e público-alvo, desse modo foi obtida a seguinte categorização:

Tabela 7

Categorização dos Documentos

Documentos	Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categorias Finais
1. Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. **2.** Livreto – Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais. **3.** Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil. **4.** Manual Orientador sobre Diversidade	**1.** Informações insuficientes **2.** Ausência de orientações técnicas **3**. Necessidade de maior embasamento científico e epidemiológico	Limitações Técnico-Didáticas	**I. Orientações Técnicas**
1. Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social. **2.** Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais". **3.** Cartilha Prazer sem Medo.	**1.** Adequação técnico-científica **2.** Didática adequada **3.** Linguagem clara e direcionada	Adequação do Conteúdo	
1. Livreto – Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais. **2.** Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil. **3.** Cartilha Prazer sem Medo.	**1.** Insuficiência de materiais **2.** Alta centralização **3.** Dificuldade consulta física ou virtual	Limitação de Divulgação	**II. Disponibilidade**

I. Categoria Final Orientações Técnicas

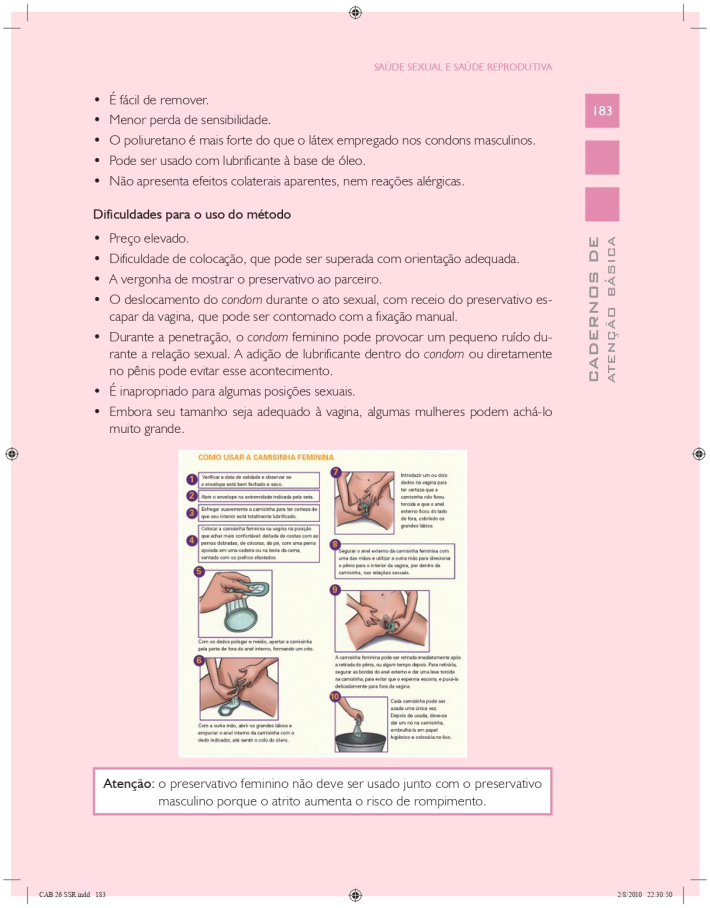
A categoria final "Orientações Técnicas" diz respeito aos materiais localizados que foram elaborados com o objetivo de prestar orientações para mulheres lésbicas e profissionais de saúde sobre técnicas e procedimentos para promoção da saúde sexual entre lésbicas. Esta categoria agrupou duas categorias intermediárias: Limitações Técnico-Didáticas; e Adequação do Conteúdo.

Limitações Técnico-Didáticas

A categoria intermediária *Limitações Técnico-Didáticas* é composta por materiais que, após a leitura minuciosa, foram considerados insuficientes no que diz respeito a existência de informações técnicas e científicas sobre a promoção da saúde sexual de lésbicas. O primeiro material que compõe esta categoria é o "Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva", uma espécie de guia elaborado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esse material é voltado para profissionais da Atenção Básica (especialmente Equipes de Saúde da Família) que atuam na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva feminina. Originalmente esse material não foi elaborado com o foco na promoção do cuidado em saúde sexual de lésbicas, visto que objetiva abranger o cuidado para todas as mulheres, no entanto, por abordar os direitos sexuais e os direitos reprodutivos esse material dedica um capítulo intitulado "Promovendo a Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva na Diversidade" onde aborda o tema do cuidado em saúde da população LGBTQ+. Contudo, no que diz respeito a saúde sexual de lésbicas o caderno dispõe apenas de um parágrafo com orientações superficiais e pouco detalhadas, conforme o trecho a seguir:

> Entre as ações preventivas que podem ser desenvolvidas com lésbicas, por exemplo, constam orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como a higienização das mãos e unhas (bem aparadas), uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos (MS, 2010, p. 83).

Neste material, percebe-se que, embora seu objetivo seja "oferecer orientações técnicas para a atuação dos profissionais da Atenção Básica na atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva (MS, 2010, p. 10)", ele falha ao não especificar os procedimentos técnicos para a prevenção de IST's nas práticas sexuais entre mulheres, se limitando apenas a citar alguns métodos preventivos voltados para práticas sexuais heterossexuais (uso de camisinha feminina para a prática de sexo com penetração pênis-vagina).



SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

183

CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA

- É fácil de remover.
- Menor perda de sensibilidade.
- O poliuretano é mais forte do que o látex empregado nos condons masculinos.
- Pode ser usado com lubrificante à base de óleo.
- Não apresenta efeitos colaterais aparentes, nem reações alérgicas.

Dificuldades para o uso do método

- Preço elevado.
- Dificuldade de colocação, que pode ser superada com orientação adequada.
- A vergonha de mostrar o preservativo ao parceiro.
- O deslocamento do *condom* durante o ato sexual, com receio do preservativo escapar da vagina, que pode ser contornado com a fixação manual.
- Durante a penetração, o *condom* feminino pode provocar um pequeno ruído durante a relação sexual. A adição de lubrificante dentro do *condom* ou diretamente no pênis pode evitar esse acontecimento.
- É inapropriado para algumas posições sexuais.
- Embora seu tamanho seja adequado à vagina, algumas mulheres podem achá-lo muito grande.

COMO USAR A CAMISINHA FEMININA

1. Verificar a data de validade e observar se o envelope está bem fechado e seco.
2. Abrir o envelope na extremidade indicada pela seta.
3. Extrair suavemente a camisinha para ter certeza de que seu interior está totalmente lubrificado.
4. Colocar a camisinha feminina na vagina na posição que achar mais confortável: deitada de costas com as pernas dobradas, de cócoras, de pé, com uma perna apoiada em uma cadeira ou na beira da cama, sentada com os joelhos afastados.
5. Com os dedos polegar e médio, apertar a camisinha pela parte de fora do anel interno, formando um clic.
6. Com a outra mão, abrir os grandes lábios e empurrar o anel interno da camisinha com o dedo indicador, até sentir o colo do útero.
7. Introduzir um ou dois dedos na vagina para ter certeza que a camisinha não ficou torcida e que o anel externo ficou do lado de fora, cobrindo os grandes lábios.
8. Segurar o anel externo da camisinha feminina com uma das mãos e utilizar a outra mão para direcionar o pênis para o interior da vagina, por dentro da camisinha, nas relações sexuais.
9. A camisinha feminina pode ser retirada imediatamente após a retirada do pênis, ou algum tempo depois. Para retirá-la, segurar as bordas do anel externo e de uma leve torcida na camisinha, para evitar que o esperma escorra, e puxá-la delicadamente para fora da vagina.
10. Cada camisinha pode ser usada uma única vez. Depois de usada, dê-se dar um nó na camisinha, embrulhá-la em papel higiênico e colocá-la no lixo.

Atenção: o preservativo feminino não deve ser usado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

CAB 26 SSR.indd 183 2/8/2010 22:30:50

Figura 10. Página 183 do "Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva".

Fonte: De "*Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva"* de: Ministério da Saúde, 2010. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Por se tratar de um material elaborado pelo Ministério da Saúde com intenção de oferecer orientações técnicas a profissionais da Atenção Básica, esperava-se que o mesmo pudesse suprir dúvidas e esclarecer detalhadamente os procedimentos adequados para a prevenção e promoção do cuidado, de modo a tornar possível que os profissionais pudessem vir a atuar como agentes de transformação para a saúde sexual das usuária lésbicas.

Um segundo material que compõe esta categoria é o livreto intitulado "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais". O referido material foi elaborado no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Área Técnica da Saúde da Mulher. Sua estrutura é de um livreto que, inicialmente, foi impresso, mas que atualmente disponível apenas para consulta online no site da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

Ele foi apresentado durante a 10ª Parada do Orgulho LGBT que ocorreu em São Paulo, sendo distribuído por grupos não-governamentais vinculadas à Liga Brasileira de Lésbicas, à Articulação Brasileira de Lésbicas e a demais grupos representantes das mulheres lésbicas e bissexuais (MS, 2006).

O material possui orientações para as lésbicas e mulheres bissexuais no que se refere aos direitos de viver a sexualidade, livre de preconceitos e discriminação, citando inclusive a legislação brasileira; Sexualidade; Cuidados em Saúde como alimentação saudável, importância de se exercitar, importância das visitas periódicas ao serviço de ginecologia, gravidez, menopausa, IST's e uso de drogas; e violência.

Trata-se de um material pode ser considerado bastante relevante, visto que aborda questões amplas e de interesse da população lésbica, como cuidados em saúde, modos de lidar com preconceitos e discriminação, inclusive direitos garantidos por lei. Contudo, ressalta-se que no que se refere a temática do cuidado em saúde sexual o livreto se limita apenas em citar a importância da busca pelo atendimento ginecológico e a apresentação de algumas infecções sexualmente transmissíveis (e seus sintomas), porém sem apresentar detalhadamente formas de prevenção específicas e seus manuseios para esta população.

Especificamente sobre IST's, o livreto dispõe apenas de duas páginas sobre o tema. Considerando que as IST's podem ser:

> transmitidas por meio das relações sexuais orais, vaginais e anais. Nas relações com homens, use sempre camisinha. Nas relações entre mulheres, as DST podem ser transmitidas no contato com as secreções (orais, vaginais e anais). A secreção vaginal e o sangue menstrual podem conter vírus, protozoários, bactérias, fungos que podem ser agentes causadores de doenças sexualmente transmissíveis (MS, 2006, p. 14).

O lugar para se tratar e buscar informações é o serviço de saúde mais próximo. Nada de se consultar na farmácia ou usar remédios caseiros.

DST: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As DST são transmitidas por meio das relações sexuais orais, vaginais e anais. Nas relações com homens, use sempre camisinha. Nas relações entre mulheres, as DST podem ser transmitidas no contato com as secreções (orais, vaginais e anais). A secreção vaginal e o sangue menstrual podem conter vírus, protozoários, bactérias, fungos que podem ser agentes causadores de doenças sexualmente transmissíveis.

AS MAIS COMUNS

Sífilis, aids, gonorréia, clamydia, hepatite B e tricomonas são alguns exemplos de doenças sexualmente transmissíveis.

A vacina contra a hepatite B é gratuita e garantida no serviço público para qualquer pessoa até 20 anos. Ela deve ser tomada em três doses.

Ao contrário do que muitas pessoas imaginam, a hepatite C não é uma DST. Ela é transmitida por meio do sangue, inclusive o menstrual. Portanto, fique atenta: evite contato com o sangue menstrual.

OS SINTOMAS

Alterações na sua vagina, como cheiro, cor, verrugas ou bolinhas, corrimento, coceira, entre outras, são sintomas de DST. Mas existem outras doenças que não apresentam sintomas, por isso você deve se cuidar ao transar. Algumas dicas:

- evite contatos com secreções e sangue de outras mulheres;
- use sempre camisinha quando for usar "brinquedinhos" ou qualquer objeto para penetração;
- sempre troque a camisinha quando for usar objetos em você e na sua parceira.

As drogas são divididas entre as permitidas, como o álcool, o tabaco, o café; e as proibidas, como a maconha, a cocaína, o *crack*, o *ecstasy*, o loló, entre outras.

Figura 11. Páginas 14 e 15 livreto "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais".

Fonte: De "*Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais*" de: Ministério da Saúde, 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Contudo, percebe-se que, embora o material destaque que as infecções sexualmente transmissíveis (na época em que o documento foi elaborado, ainda chamadas de Doenças Sexualmente Transmissíveis), possam ser transmitidas pelo contato com secreções, não há orientações de como as mulheres poderiam vivenciar suas práticas sexuais, com menor risco para estas infecções. Caberia, por exemplo, ao material, trazer em seu conteúdo informações sobre métodos de prevenção e práticas sexuais que poderiam diminuir o risco à transmissão de IST's entre lésbicas.

Um terceiro material que compõe a categoria intermediária *Limitações Técnico-Didáticas,* é um folder pertencente a campanha "Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil". Criada em 2015 esta campanha é uma peça que faz parte de uma outra campanha maior chamada "Políticas de Equidade. Para Tratar Bem de Todos" desenvolvida pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias de Políticas para Mulheres (SPM) e de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH) dentro da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNASUS, 2015). Sua proposta é oferecer informações para que os trabalhadores

e profissionais de saúde prestem atendimento qualificado respeitando especificidades das lésbicas.

A partir da leitura desse material pode-se dizer que o mesmo apresenta algumas limitações. A primeira delas diz respeito ao seu objetivo. O principal objetivo da campanha é "sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS para oferecer um atendimento qualificado onde esses passariam a considerar as necessidades específicas das lésbicas (MS, 2015)", porém não há, no folder, nenhuma informação precisa sobre quais seriam essas necessidades específicas que propõe abordar.

Na verdade, as informações presentes no documento dizem respeito a orientação de que lésbicas têm direito ao atendimento humanizado, integral e de qualidade nos serviços de saúde, além da citação das políticas que garantem este direito, os direitos e deveres dos usuários do SUS, dados sobre a violência contra a população LGBTQ+, números para denúncias ou informações no caso de violência e a orientação de que as mulheres lésbicas ou bissexuais devem conversar com os profissionais de saúde a respeito de suas especificidades. Ou seja, embora a campanha tenha no seu objetivo principal o enfoque em sensibilizar os trabalhadores, gestores e profissionais de saúde que atuam no SUS, o seu material mira na usuária dos serviços de saúde, o que não deve ser visto como algo que desqualifique a campanha, porém cabe o questionamento de que talvez a forma como as informações que compõem o folder veiculado nesta campanha foram construídas não atendam a seu principal público-alvo.

Contudo, é importante dizer que o material carece de um maior embasamento científico e epidemiológico no que diz respeito às informações contidas no mesmo. No folder localizado, não foi encontrada nenhuma informação técnica que pudesse orientar o público alvo sobre a promoção da saúde sexual de lésbicas, muito menos informações epidemiológicas que apontassem a situação do quadro da vulnerabilidade às IST's em lésbicas, sendo esta última extremamente importante, visto que poderia fomentar o controle da infecções e servir de norteador para o enfoque das ações de promoção da saúde sexual.

As principais informações contidas no material dizem respeito ao direito ao atendimento humanizado em saúde, bem como sobre a existência de políticas públicas em saúde que garantem este direito. Além disso, o material aborda brevemente sobre violência contra a população LGBTQ+, destacando as mudanças ocorridas no SUS, a exemplo da ficha de notificação de violência do SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, e os novos campos para preenchimento das notificações onde podem ser inseridos o nome social, a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários.

Figura 12. Páginas 14 e 15 livreto "Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais".

Fonte: De "*Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais*" de: Ministério da Saúde, 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Figura 13. Verso do Folder da Campanha "Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil".

Fonte: De "*Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais*" de: Ministério da Saúde, 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

É necessário destacar também que no momento da realização do presente levantamento, não foi localizado nenhum outro material pertencente a esta campanha, porém, não é possível afirmar a inexistência de outro material voltado exclusivamente para os profissionais de saúde e que atenda plenamente ao objetivo central da campanha, visto que, a análise foi realizada apenas sobre os materiais localizados na internet, não abarcando materiais impressos que não foram disponibilizados online. Assim, não é possível afirmar que a campanha "Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil", se limitou em produzir, como material informativo, apenas o folder localizado, motivo pelo qual

a análise realizada no presente estudo restringe-se apenas ao conteúdo do material localizado, não fazendo juízo de valor ou descreditando a relevância da campanha, como um todo.

O quarto e último material que compõe a categoria intermediária *Limitações Técnico-Didáticas,* é um manual intitulado de "Manual Orientador sobre Diversidade", elaborado no final do ano de 2018 pelo Ministério dos Direitos Humanos[14], em parceria com o Ministério da Saúde, sendo assim um material não elaborado, exclusivamente, pelo Ministério da Saúde. O material foi lançado em comemoração aos 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, possuindo como objetivo principal:

> Contribuir na formação e informação das temáticas LGBT principalmente no que diz respeito a sexualidade, relações de gênero, saúde, preconceitos e discriminações em diversos espaços da sociedade (Ministério dos Direitos Humanos, 2018, p. 7).

O material não especifica qual seu público-alvo, assim, em alguns momento do seu texto, parece ser direcionado para profissionais de saúde, buscando elencar orientações e práticas a serem seguidas, no entanto, em outros momentos, o material direciona seu conteúdo para os usuários, destacando informações sobre direitos em saúde, orientações sobre meio de denúncia de casos de violência, e até orientando sobre locais (com endereços) que oferecem procedimentos médicos para dar início ao processo transexualizador.

Trata-se de um material extenso, com informações diversas, que vão desde o uso correto de siglas e nomenclaturas referente à comunidade LGBTQ+, até a promoção dos direitos humanos no mundo do trabalho para pessoas LGTBTQ+.

Não foram localizadas informações sobre os meios utilizados para divulgação do material, contudo, o mesmo foi localizado no site do, na época, denominado Ministério dos Direitos Humanos, atualmente chamado de Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

[14] Desde janeiro de 2019 o "Ministério dos Direitos Humanos" passou a ser chamado de "Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos", em decorrência da mudança de gestão governamental federal.

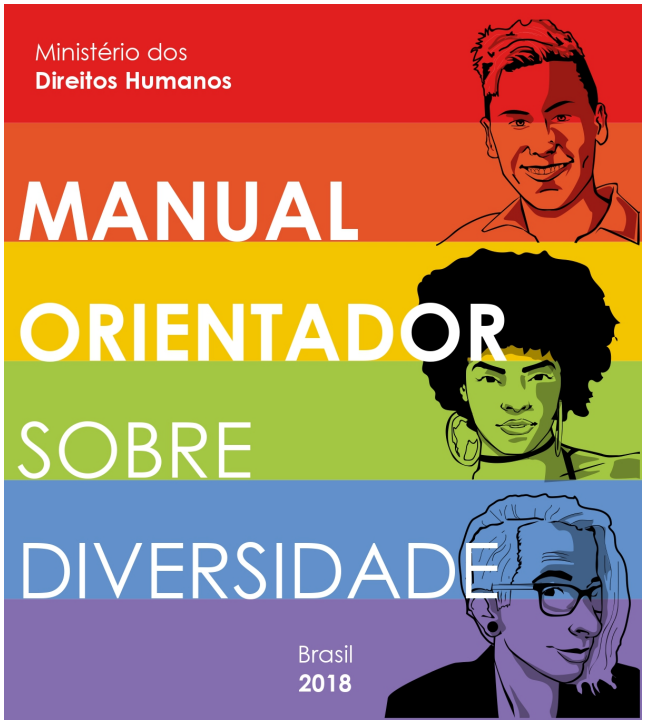


Figura 14. Capa do "Manual Orientador sobre Diversidade".

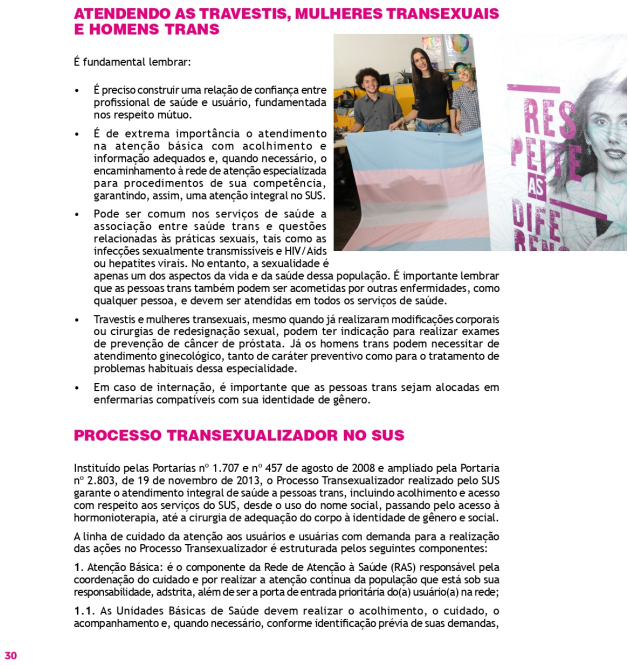
Fonte: De "*Manual Orientador sobre Diversidade*" de: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde.

Figura 15. Sumário do "Manual Orientador sobre Diversidade".

Fonte: De "*Manual Orientador sobre Diversidade*" de: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde.

No que diz respeito à estrutura do material, pode-se dizer que o mesmo se encontra muito bem estruturado, apresentando linguagem de fácil acesso, bem ilustrado, com informações relevantes e válidas. No entanto, no que diz respeito, especificamente, à saúde sexual da população lésbica, o material possui algumas limitações.

Inicialmente, ele não dispõe, como observado no sumário, de nenhum tópico que aborde especificamente a questão da saúde sexual das lésbicas. Na verdade, o material dedica quatro tópicos para falar sobre questões relacionadas a população transexual e travesti. É importante dizer que esse questionamento não ocorre em decorrência do material se debruçar na discussão de temas relacionados a estas populações, pelo contrário, considera-se necessária e importante a visibilidade oferecida às populações transexual e travesti, bem como a promoção da discussão sobre temas relacionados a estes grupos. Contudo, a crítica está direcionada à ausência daquilo que o material propõe em seu objetivo: "contribuir na formação e informação das temáticas LGBT", ou seja, formar e informar sobre as demandas de toda comunidade LGBTQ+.



ATENDENDO AS TRAVESTIS, MULHERES TRANSEXUAIS E HOMENS TRANS

É fundamental lembrar:

- É preciso construir uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário, fundamentada nos respeito mútuo.
- É de extrema importância o atendimento na atenção básica com acolhimento e informação adequados e, quando necessário, o encaminhamento à rede de atenção especializada para procedimentos de sua competência, garantindo, assim, uma atenção integral no SUS.
- Pode ser comum nos serviços de saúde a associação entre saúde trans e questões relacionadas às práticas sexuais, tais como as infecções sexualmente transmissíveis e HIV/Aids ou hepatites virais. No entanto, a sexualidade é apenas um dos aspectos da vida e da saúde dessa população. É importante lembrar que as pessoas trans também podem ser acometidas por outras enfermidades, como qualquer pessoa, e devem ser atendidas em todos os serviços de saúde.
- Travestis e mulheres transexuais, mesmo quando já realizaram modificações corporais ou cirurgias de redesignação sexual, podem ter indicação para realizar exames de prevenção de câncer de próstata. Já os homens trans podem necessitar de atendimento ginecológico, tanto de caráter preventivo como para o tratamento de problemas habituais dessa especialidade.
- Em caso de internação, é importante que as pessoas trans sejam alocadas em enfermarias compatíveis com sua identidade de gênero.

PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

Instituído pelas Portarias nº 1.707 e nº 457 de agosto de 2008 e ampliado pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, o Processo Transexualizador realizado pelo SUS garante o atendimento integral de saúde a pessoas trans, incluindo acolhimento e acesso com respeito aos serviços do SUS, desde o uso do nome social, passando pelo acesso à hormonioterapia, até a cirurgia de adequação do corpo à identidade de gênero e social.

A linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador é estruturada pelos seguintes componentes:

1. Atenção Básica: é o componente da Rede de Atenção à Saúde (RAS) responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do(a) usuário(a) na rede;

1.1. As Unidades Básicas de Saúde devem realizar o acolhimento, o cuidado, o acompanhamento e, quando necessário, conforme identificação prévia de suas demandas,

30

Figura 16. Página 30 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Página 30 do "Manual Orientador sobre Diversidade".

Fonte: De "*Manual Orientador sobre Diversidade*" de: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde.

SERVIÇOS DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR COM ATENDIMENTO APENAS AMBULATORIAL:

Serviço	Endereço	Telefone
Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Hospital das Clínicas de Uberlândia	Av. Pará, nº 1720, Umuarama - Uberlândia/MG. CEP: 38405-320	34 3254-1914
Ambulatório de Disforia de Gênero do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE)	Rua Moncorvo Filho, nº 90, Centro - Rio de Janeiro/RJ. CEP: 20211-340	21 2332-7159
Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento (CRT) em DST/ AIDS de Santa Cruz	Rua Santa Cruz, nº 81, Vila Mariana - São Paulo/SP. CEP: 04121-000	11 5087-9984
Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT) do Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano	Rua Barão do Rio Branco, nº 465, Centro - Curitiba/PR. CEP: 80010-180	41 3304-7567
Programa Transexualizador do Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM UFES)	Av. Mal. Campos, 1355 - Santa Cecília, Vitória - ES, CEP: 29043-260	27 3335-7100
Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES UFBA)	R. Dr. Augusto Viana, S/n - Canela, Salvador - BA, 40110-060	71 3283-8194
Ambulatório para travestis e transexuais do Hospital Clementino Fraga	Av. Dom Pedro II, nº 1826, Bairro da Torre - João Pessoa/PB. CEP: 58.040-903	83 3218-5416

34

Além dos onze serviços habilitado pelo Ministério da Saúde, existem também na rede de saúde pública serviços ambulatoriais criados por iniciativa da gestão local ou dos próprios estabelecimentos de saúde, que são destinados ao atendimento de travestis e transexuais no processo de transição de gênero:

Ambulatório transexualizador da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (UREDIPE)	Tv. Magno de Araújo, Passagem Isabel, Telégrafo Sem Fio, S/N - Belém/PA. CEP: 66.113-240	91 3244-5364
Ambulatório do Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP)	Rua Comendador José Alves Ferreira, nº 240, Garcia - Salvador/BA. CEP: 40100-160	71 3116-8867
Ambulatório Portas abertas - Saúde integral das pessoas trans: cuidar e acolher, da Universidade Federal de Sergipe Campus Lagarto	Rua Laudelino Freire, nº 182, Galeria Comercial José Augusto Vieira, 2º andar, Centro - Lagarto/SE. CEP: 49400-000	79 3631-7076
Ambulatório de Saúde de Homens Trans do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM) da Universidade de Pernambuco (UPE)	Rua Visconde de Mamanguape, S/N, Encruzilhada - Recife/PE. CEP: 52030-000	81 3182-7700
Ambulatório de Assistência Especializada às pessoas Travestis e Trans do DF	Hospital Dia, Entrequadra 508/509 Sul, Asa Sul - Brasília/ DF. CEP: 70200-050	61 3242-9407
Ambulatório de Transexualidade do Hospital Geral de Goiânia Alberto Rassi (HGG)	Av. Anhanguera, nº 6479, Setor Oeste - Goiânia/GO. CEP: 74110-010	62 3209-9800
Ambulatório de Saúde de Travestis e Transexuais do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (HUMAP)	Av. Senador Filinto Muller, nº 355 - Cidade Universitária, Vila Ipiranga - Campo Grande/MS. CEP: 79080-190	67 3345- 3138
Ambulatório de atenção especializada no Processo Transexualizador do Hospital Eduardo de Menezes - Rede FHEMIG	Rua Dr. Cristiano Rezende, nº 2213 - Bonsucesso, Belo Horizonte/MG. CEP: 30622-020	31 3328-5055

35

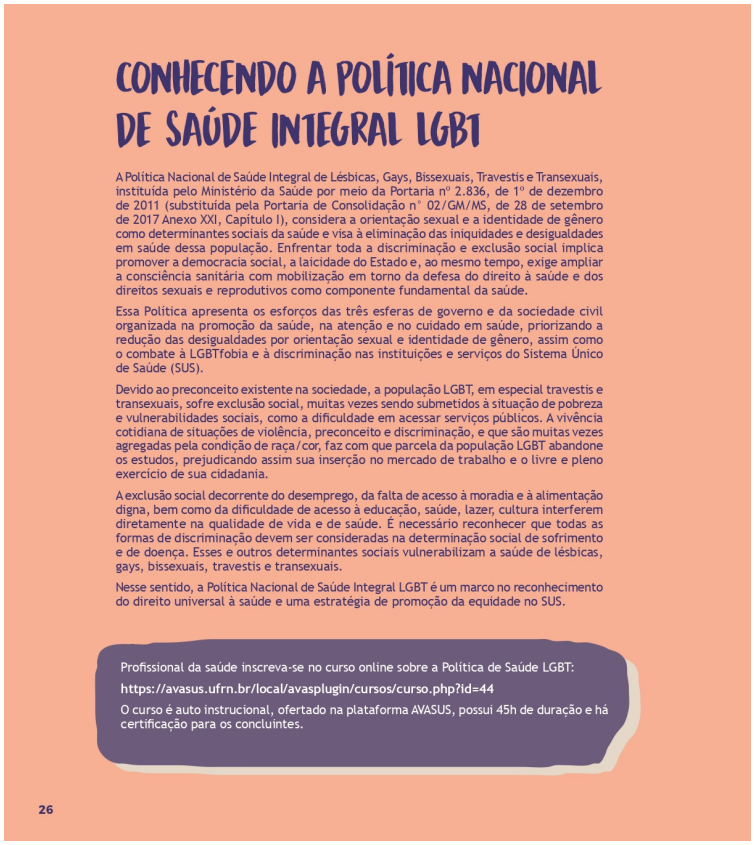
Figura 17. Página 34 e 35 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Serviços do Processo Transexualizador com Atendimento apenas Ambulatorial.

Fonte: De "*Manual Orientador sobre Diversidade*" de: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde

Outro ponto que merece destaque diz respeito a como as informações relativas à promoção da saúde sexual da população LGBTQ+ estão estruturadas no material. Acredita-se que as informações contidas no material, e que deveriam informar sobre procedimentos mais técnicos, como informação sobre insumos preventivos e seu uso correto, se fazem ausentes no material. Ao abordar a temática da saúde LGBTQ+, o mesmo se limita a citar a existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, não informando, por exemplo, sobre procedimentos técnicos para profissionais ou usuários.

Por fim, faz-se necessário salientar que, embora o material não oriente especificamente sobre procedimentos técnicos relacionados à prevenção de IST's, ele encoraja os profissionais de saúde a realizem um curso online sobre a Política de Saúde LGBT[15].

[15] Link direto para o curso: https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=44%20O%20curso%20%C3%A9%20auto%20instrucional,%20ofertado%20na%20plataforma%20AVASUS,%20possui%2045h%20de%20dura%C3%A7%C3%A3o%20e%20h%C3%A1%20certifica%C3%A7%C3%A3o%20para%20os%20concluintes.



CONHECENDO A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL LGBT

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (substituída pela Portaria de Consolidação nº 02/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 Anexo XXI, Capítulo I), considera a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e visa à eliminação das iniquidades e desigualdades em saúde dessa população. Enfrentar toda a discriminação e exclusão social implica promover a democracia social, a laicidade do Estado e, ao mesmo tempo, exige ampliar a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa do direito à saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos como componente fundamental da saúde.

Essa Política apresenta os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção da saúde, na atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à LGBTfobia e à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Devido ao preconceito existente na sociedade, a população LGBT, em especial travestis e transexuais, sofre exclusão social, muitas vezes sendo submetidos à situação de pobreza e vulnerabilidades sociais, como a dificuldade em acessar serviços públicos. A vivência cotidiana de situações de violência, preconceito e discriminação, e que são muitas vezes agregadas pela condição de raça/cor, faz com que parcela da população LGBT abandone os estudos, prejudicando assim sua inserção no mercado de trabalho e o livre e pleno exercício de sua cidadania.

A exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem diretamente na qualidade de vida e de saúde. É necessário reconhecer que todas as formas de discriminação devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. Esses e outros determinantes sociais vulnerabilizam a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT é um marco no reconhecimento do direito universal à saúde e uma estratégia de promoção da equidade no SUS.

Profissional da saúde inscreva-se no curso online sobre a Política de Saúde LGBT:

https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/cursos/curso.php?id=44

O curso é auto instrucional, ofertado na plataforma AVASUS, possui 45h de duração e há certificação para os concluintes.

26

Figura 18. Página 26 do "Manual Orientador sobre Diversidade". Curso online sobre a Política de Saúde LGBT.

Fonte: De "*Manual Orientador sobre Diversidade*" de: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde

Trata-se de curso que, segundo informações contidas no próprio material, é autoinstrucional, realizado online, com duração de 45h e certificação. De todos os materiais localizados, esse foi o único, até então, que direcionou os profissionais para a realização de algum tipo de curso de treinamento para adquirirem mais conhecimentos sobre a saúde sexual da população LGBTQ+.

Adequação do Conteúdo

A segunda e última categoria intermediária que compõe a categoria final "Orientações Técnicas" foi nomeada de *Adequação do Conteúdo*. Nesta categoria intermediária estão dispostos os materiais que foram considerados suficientemente adequados, seja no que diz respeito ao seus conteúdos técnico-científicos, ou na didática empregada no material, e também na sua adequação de linguagem, acessível e direcionada para o seus respetivos públicos-alvo.

O primeiro material que inserido nesta categoria foi a Cartilha Mulheres Lésbicas e

Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social. Trata-se de um material elaborado no ano de 2013 pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Esta cartilha objetiva:

> Compartilhar informações e refletir sobre o que é ser mulher lésbica ou bissexual, promovendo maior visibilidade a este público, sensibilizando gestores e profissionais de saúde para um acolhimento adequado à saúde dessas mulheres. Busca auxiliar na compreensão e no manejo de situações frequentes no atendimento, contribuindo efetivamente para uma melhor atenção à saúde (MS, 2013, p. 5).

Conforme consta no próprio texto da cartilha como sendo seu objetivo: "destacar a importância da participação social na construção das políticas públicas, em especial, da saúde, considerando as especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais (MS, 2013, p. 5)". Para isso, busca promover a visibilidade e sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre a necessidade do acolhimento adequado das lésbicas. De fato, é possível dizer que a forma como esse documento está estruturado pode propiciar a ocorrência de tais reflexões, visto que o mesmo, além de apresentar um histórico de lutas e conquistas do movimento de mulheres lésbicas no Brasil, também busca reivindicar um "SUS integral, equânime e universal" (MS, 2013, p. 30).

Nesse contexto, o material evidencia sobre como deve ocorrer o atendimento humanizado para mulheres lésbicas. Destacando que é primordial que os profissionais de saúde informem às usuárias lésbicas sobre a necessidade de que sejam feitos exames preventivos, de modo a se prevenir cânceres de mama e de colo do útero, além de IST's.

A prática de promoção de saúde implica elevação da autoestima das mulheres lésbicas e bissexuais, potencializando sua participação social e garantindo os direitos universais a serem conquistados. Diante da realidade social heteronormativa, as redes de cuidado devem capacitar os profissionais de saúde para o atendimento com respeito à diversidade e às mulheres lésbicas e bissexuais.

O PROFISSIONAL DA SAÚDE E A ATENÇÃO E CUIDADO

A mulher lésbica deve ter acesso ao serviço de saúde como todas as outras pessoas. Precisa ser informada de que forma será atendida e examinada, e ter vínculo com os profissionais de saúde para que possa relatar a sua orientação sexual, caso queira.

A todas as mulheres devem ser oferecidos exames de prevenção e tratamento para o câncer de mama e do colo de útero.

A orientação dada pelos profissionais de saúde sobre a necessidade de a mulher lésbica realizar o exame preventivo é primordial para criar nela confiança, e fazer com que ela procure o serviço de saúde anualmente.

Em relação à transmissão de DST é importante saber que não é necessário haver penetração; com o contato de pele ou de secreção (oral, vaginal ou anal e menstruação) é possível haver a contaminação. Existem mulheres que mantêm relações somente com mulheres, mas devem ficar atentas porque pode ser que suas parceiras tenham relações com mulheres e homens, portanto devem ser orientadas a realizarem o sexo de forma segura.

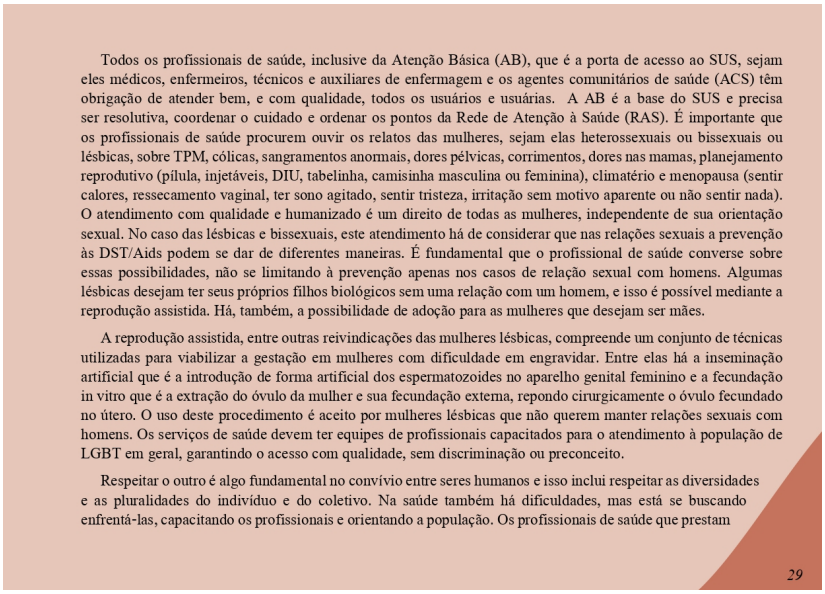
Devido à homofobia, algumas pessoas LGBT podem sofrer violências física e psíquica na família, no trabalho e em lugares públicos resultando em omissão da sua orientação sexual e, em casos mais graves, em suicídio. Às vezes as pessoas nem manifestam sua identidade de gênero para não sofrerem maior discriminação.

28

Figura 19. Página 28 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".

Fonte: De "*Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social*" de: Ministério da Saúde, 2013. Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

Além disso, o material indica quais os principais procedimentos que os profissionais de saúde deveriam adotar no atendimento prestado às mulheres lésbicas. Evidenciando, brevemente, sobre formas de transmissão de IST's, além da necessidade de que estas usuárias sejam ouvidas, que tenham seus relatos e queixas em saúde consideradas, de modo que o atendimento prestado pelos profissionais seja de qualidade e humanizado.



Todos os profissionais de saúde, inclusive da Atenção Básica (AB), que é a porta de acesso ao SUS, sejam eles médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS) têm obrigação de atender bem, e com qualidade, todos os usuários e usuárias. A AB é a base do SUS e precisa ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É importante que os profissionais de saúde procurem ouvir os relatos das mulheres, sejam elas heterossexuais ou bissexuais ou lésbicas, sobre TPM, cólicas, sangramentos anormais, dores pélvicas, corrimentos, dores nas mamas, planejamento reprodutivo (pílula, injetáveis, DIU, tabelinha, camisinha masculina ou feminina), climatério e menopausa (sentir calores, ressecamento vaginal, ter sono agitado, sentir tristeza, irritação sem motivo aparente ou não sentir nada). O atendimento com qualidade e humanizado é um direito de todas as mulheres, independente de sua orientação sexual. No caso das lésbicas e bissexuais, este atendimento há de considerar que nas relações sexuais a prevenção às DST/Aids podem se dar de diferentes maneiras. É fundamental que o profissional de saúde converse sobre essas possibilidades, não se limitando à prevenção apenas nos casos de relação sexual com homens. Algumas lésbicas desejam ter seus próprios filhos biológicos sem uma relação com um homem, e isso é possível mediante a reprodução assistida. Há, também, a possibilidade de adoção para as mulheres que desejam ser mães.

A reprodução assistida, entre outras reivindicações das mulheres lésbicas, compreende um conjunto de técnicas utilizadas para viabilizar a gestação em mulheres com dificuldade em engravidar. Entre elas há a inseminação artificial que é a introdução de forma artificial dos espermatozoides no aparelho genital feminino e a fecundação in vitro que é a extração do óvulo da mulher e sua fecundação externa, repondo cirurgicamente o óvulo fecundado no útero. O uso deste procedimento é aceito por mulheres lésbicas que não querem manter relações sexuais com homens. Os serviços de saúde devem ter equipes de profissionais capacitados para o atendimento à população de LGBT em geral, garantindo o acesso com qualidade, sem discriminação ou preconceito.

Respeitar o outro é algo fundamental no convívio entre seres humanos e isso inclui respeitar as diversidades e as pluralidades do indivíduo e do coletivo. Na saúde também há dificuldades, mas está se buscando enfrentá-las, capacitando os profissionais e orientando a população. Os profissionais de saúde que prestam

29

Figura 20. Página 29 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".

Fonte: De "*Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social*" de: Ministério da Saúde, 2013. Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

Destaca-se a importância deste material, principalmente, pela busca por propiciar a reflexão dos profissionais de saúde, de modo que, como destacam Mello (2010), Almeida (2009), Carrara (2005) e Coelho (2001), as lésbicas enfrentam diversas situações de discriminação dentro dos próprios serviços de saúde, de modo que a reflexão sobre a figura da mulher lésbica nos serviços, bem como sobre a necessidade de respeito no atendimento de todos os usuários seria o primeiro passo na busca da superação de tais situações.

Figura 21. Página 30 da cartilha "Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social".

Fonte: De "*Mulheres Lésbicas e Bissexuais Direitos, Saúde e Participação Social*" de: Ministério da Saúde, 2013. Secretaria de Gestão Estratégica e Administrativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

Segundo Abrão e Costa (2009) só será possível alcançar a humanização nos atendimentos em saúde prestados as populações minoritárias quando ocorrerem transformações no modo de pensar, nas crenças e nas atitudes principalmente dos gestores e dos profissionais da saúde. Faz-se necessário o respeito à diversidade e as diferentes formas de vivência da sexualidade humana, e esse respeito deve ocorrer desde o momento em que o usuário chega buscando atendimento até o momento que sai do serviço, de modo que a participação de todos os profissionais se torna de suma importância.

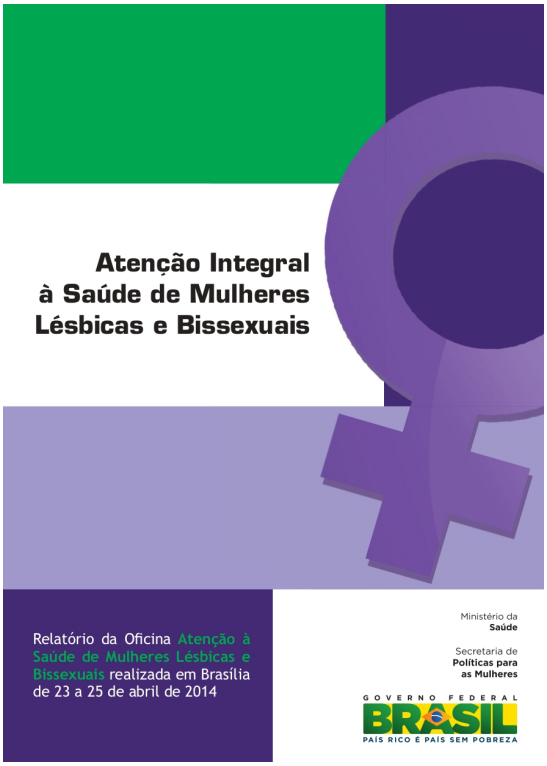
Ainda pertencendo a categoria intermediária *Adequação do Conteúdo*, destaca-se um segundo material localizado, intitulado "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais". Esse material foi elaborado no ano de 2014 pela Secretaria de Políticas para as Mulheres em parceria com a Secretaria de Articulação Institucional e Ações Temática, a Coordenação Geral da Diversidade e o Ministério da Saúde. Trata-se de em relatório resultante da Oficina de Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais que foi realizada entre os dias 23 e 25 de abril de 2014 na cidade de Brasília.

> A oficina teve como objetivo levantar e aprofundar conteúdos para o desenvolvimento de materiais voltados para profissionais de saúde sobre promoção e atenção à saúde integral deste grupo social. Participaram do encontro cerca de 50 pessoas, entre a vistas,

> pesquisadoras, representantes de governos estaduais e municipais e dos ministérios promotores da atividade (MS, 2014, p. 6).

Esse relatório corresponde a um material elaborado para os profissionais de saúde com o intuito de promover uma melhor atuação dos mesmos em relação às questões que afetam a saúde das lésbicas e mulheres bissexuais. O material é dividido em textos que correspondem aos painéis apresentados durante a oficina. Entre os painéis destacam-se: Contexto das Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil; Panorama da Saúde das Mulheres Lésbicas e Bissexuais: mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde; Mulheres Lésbicas e Bissexuais: determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde; Focalizar Especificidades para Garantir a Integralidade na Atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.

Assim, esse material propõe apresentar uma síntese das discussões ocorridas durante a oficina "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais", bem como recomendações para a atuação de profissionais de saúde e estratégias da gestão no que se refere a promoção da saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Em relação a seu primeiro objetivo, o relatório o contempla de modo que dispõe em seu texto o conteúdo dos painéis apresentados bem como os assuntos discutidos dentro dos grupos de trabalho que ocorreram durante o evento. Em relação ao segundo objetivo de promover recomendações para a atuação de profissionais de saúde e estratégias da gestão, pode-se dizer que o material também alcança esse objetivo, embora dentro da limitação de ser apenas um relatório de evento e não um material elaborado como intuito maior de prestar recomendações e orientações técnicas.



Índice

Apresentação	06
Solenidade de Abertura	08
Painel Inaugural - Contexto das Políticas e Ações Voltadas à Saúde de Lésbicas no Brasil	11
Painel I - Panorama da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: mulheres lésbicas e bissexuais no país: apresentação de dados existentes e indicadores da saúde	19
Painel II – Mulheres lésbicas e bissexuais: Determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde	31
Painel III – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	41
Painel IV – Focalizar especificidades para garantir a integralidade na atenção à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais	48
Introdução aos Grupos de Trabalho: elementos necessários em uma proposta de diretriz de atenção à saúde de lésbicas e bissexuais, dirigida aos profissionais de saúde	62
Considerações Finais	70
Anexos	72

5

Figura 22. Capa e Índice do "Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais".

Fonte: De "*Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*" de: Ministério da Saúde, 2014. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde.

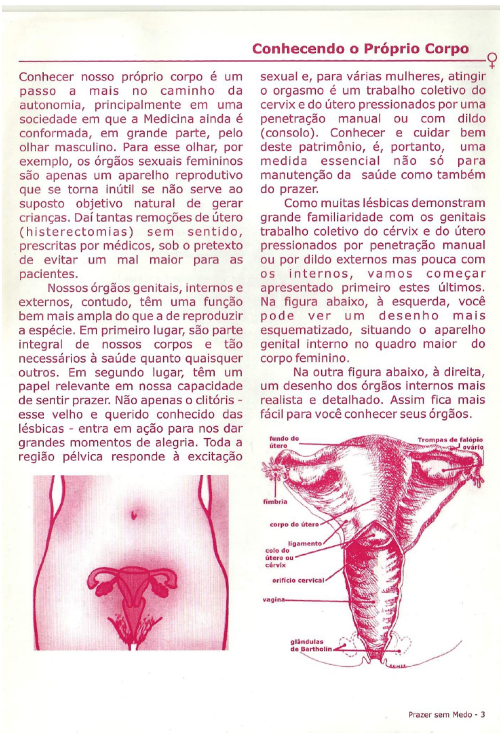
Neste sentido, destaca-se a relevância das discussões apresentadas e que compõem esse material principalmente na busca pela desconstrução de preconceitos contra a população lésbica. Como bem destaca Lionço (2008) é urgente a necessidade de se superar o preconceito e suas práticas discriminatórias em prol da garantia do respeito as diferentes identidades sexuais e as expressões da sexualidade dos indivíduos, através da promoção da equidade e da universalidade no acesso a saúde. Neste quesito, o material analisado destaca-se por, entre outras questões, fomentar reflexões sobre a necessidade de que os profissionais de saúde venham a criar um clima livre de preconceitos e acolhedor, além de respeitar as singularidades das usuárias lésbicas, de modo a estimular as mulheres a buscarem os serviços e a realizarem os exames necessários anualmente.

O último material localizado que faz parte da categoria intermediária *Adequação do Conteúdo*, é uma cartilha intitulada "Prazer sem Medo". Esta cartilha teve sua primeira edição lançada no ano de 1995, tendo posteriormente outras edições lançadas no ano de 1996, 2000, 2006 e 2008. Trata-se de um material elaborado pela Rede de Informação um Outro Olhar, em

parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Essa cartilha faz parte de um projeto intitulado “Mulheres & Mulheres: prazer sem medo”, desenvolvido pela Rede de Informação um Outro Olhar no ano de 1995 e com o intuito de enfocar na prevenção às DST’s e Aids nas relações entre mulheres.

Após o fim do projeto a cartilha continuou sendo publicada, de forma independente, até o ano de 2008 (Martinho, 2015). O objetivo principal dessa cartilha é “iniciar um processo de informação, da população lésbica e bissexual, sobre a importância dos cuidados com a saúde, em geral, e com a ginecológica, em particular, bem como a prevenção às DST e a Aids” (Martinho, 2008, p. 2). A cartilha teve duas edições impressas e distribuídas durante a Parada do Orgulho LGBT de São Paulo, e sua última edição encontra-se disponível para consulta online no site Um Outro Olhar.

Este material apresenta orientações sobre a anatomia do corpo feminino, ciclo menstrual, saúde ginecológica, IST’s (características, sintomas e tratamento), IST’s nas relações entre mulheres, práticas sexuais e meios de prevenção às IST’s (meios de prevenção e técnicas para uso), guia rápido de proteção para lésbicas, saúde integral e um breve histórico sobre o Movimento de Saúde Lésbica no Brasil. É importante destacar que esse material é bastante ilustrado, demostrando didaticamente os procedimentos para uso dos insumos preventivos, bem como formas de realizar autoexame e ilustrações sobre a estrutura dos órgãos sexuais femininos.



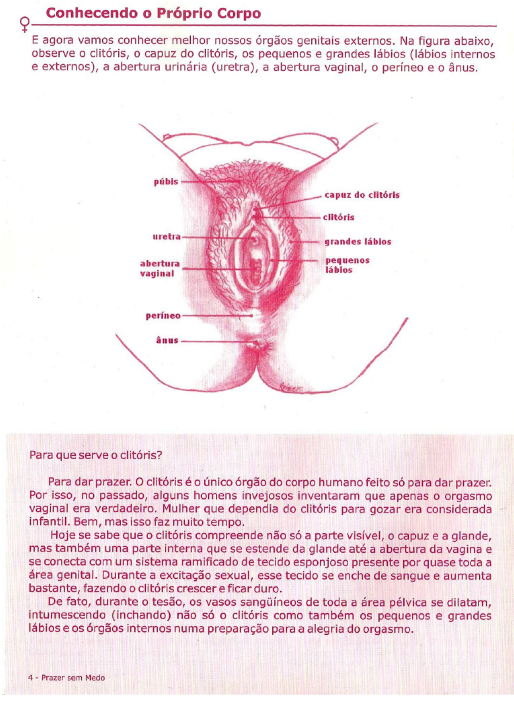
Conhecendo o Próprio Corpo ♀

Conhecer nosso próprio corpo é um passo a mais no caminho da autonomia, principalmente em uma sociedade em que a Medicina ainda é conformada, em grande parte, pelo olhar masculino. Para esse olhar, por exemplo, os órgãos sexuais femininos são apenas um aparelho reprodutivo que se torna inútil se não serve ao suposto objetivo natural de gerar crianças. Daí tantas remoções de útero (histerectomias) sem sentido, prescritas por médicos, sob o pretexto de evitar um mal maior para as pacientes.

Nossos órgãos genitais, internos e externos, contudo, têm uma função bem mais ampla do que a de reproduzir a espécie. Em primeiro lugar, são parte integral de nossos corpos e tão necessários à saúde quanto quaisquer outros. Em segundo lugar, têm um papel relevante em nossa capacidade de sentir prazer. Não apenas o clitóris - esse velho e querido conhecido das lésbicas - entra em ação para nos dar grandes momentos de alegria. Toda a região pélvica responde à excitação sexual e, para várias mulheres, atingir o orgasmo é um trabalho coletivo do cervix e do útero pressionados por uma penetração manual ou com dildo (consolo). Conhecer e cuidar bem deste patrimônio, é, portanto, uma medida essencial não só para manutenção da saúde como também do prazer.

Como muitas lésbicas demonstram grande familiaridade com os genitais trabalho coletivo do cérvix e do útero pressionados por penetração manual ou por dildo externos mas pouca com os internos, vamos começar apresentado primeiro estes últimos. Na figura abaixo, à esquerda, você pode ver um desenho mais esquematizado, situando o aparelho genital interno no quadro maior do corpo feminino.

Na outra figura abaixo, à direita, um desenho dos órgãos internos mais realista e detalhado. Assim fica mais fácil para você conhecer seus órgãos.



Conhecendo o Próprio Corpo ♀

E agora vamos conhecer melhor nossos órgãos genitais externos. Na figura abaixo, observe o clitóris, o capuz do clitóris, os pequenos e grandes lábios (lábios internos e externos), a abertura urinária (uretra), a abertura vaginal, o períneo e o ânus.

Para que serve o clitóris?

Para dar prazer. O clitóris é o único órgão do corpo humano feito só para dar prazer. Por isso, no passado, alguns homens invejosos inventaram que apenas o orgasmo vaginal era verdadeiro. Mulher que dependia do clitóris para gozar era considerada infantil. Bem, mas isso faz muito tempo.

Hoje se sabe que o clitóris compreende não só a parte visível, o capuz e a glande, mas também uma parte interna que se estende da glande até a abertura da vagina e se conecta com um sistema ramificado de tecido esponjoso presente por quase toda a área genital. Durante a excitação sexual, esse tecido se enche de sangue e aumenta bastante, fazendo o clitóris crescer e ficar duro.

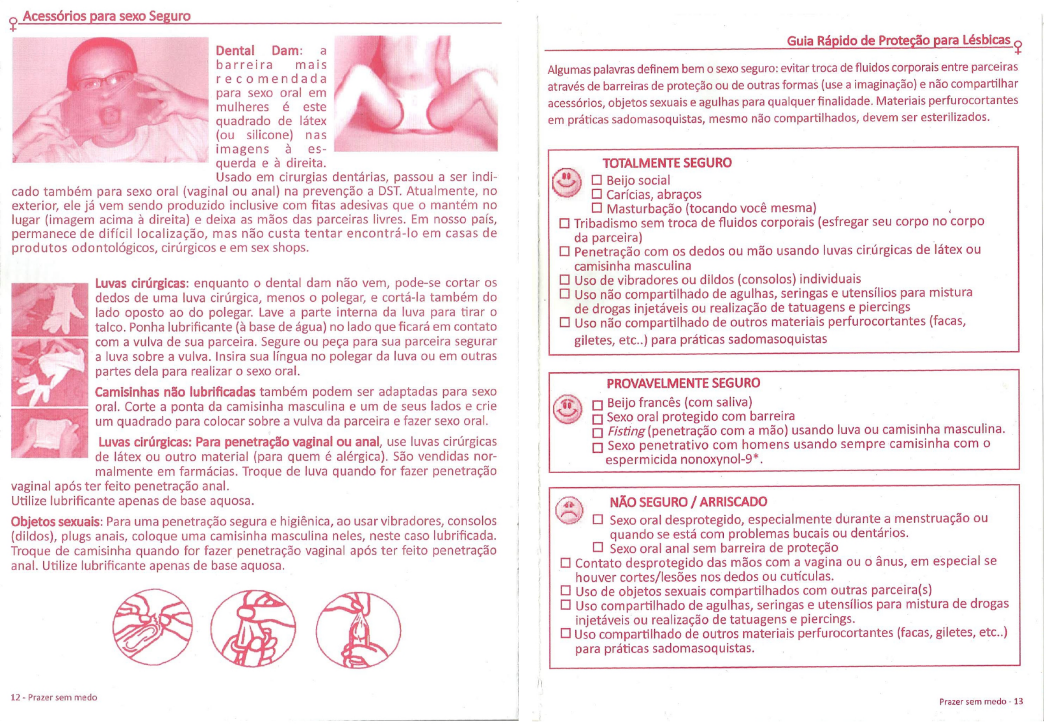
De fato, durante o tesão, os vasos sangüíneos de toda a área pélvica se dilatam, intumescendo (inchando) não só o clitóris como também os pequenos e grandes lábios e os órgãos internos numa preparação para a alegria do orgasmo.

Figura 23. Páginas 3 e 4 da Cartilha "Prazer sem Medo" (5ª edição).

Figura 23. Páginas 3 e 4 da Cartilha "Prazer sem Medo" (5ª edição).

Fonte: De "*Cartilha Prazer Sem Medo (saúde e sexualidade para lesbianas) 5ª* edição*"* de: M. Martinho, 2008, Recuperado de: http://www.umoutroolhar.com.br/2015/08/cartilha-prazer-sem-medo-saude-e.html.

Pode-se dizer que o material cumpre sua proposta de informar a população lésbica e bissexual acerca da importância dos cuidados com a saúde, e com a prevenção às IST`s e a Aids. Trata-se de um material muito didático, informativo e de fácil leitura e compreensão pois, além de seu conteúdo textual, é composto por orientações ilustradas.



♀ Acessórios para sexo Seguro

Dental Dam: a barreira mais recomendada para sexo oral em mulheres é este quadrado de látex (ou silicone) nas imagens à esquerda e à direita. Usado em cirurgias dentárias, passou a ser indicado também para sexo oral (vaginal ou anal) na prevenção a DST. Atualmente, no exterior, ele já vem sendo produzido inclusive com fitas adesivas que o mantém no lugar (imagem acima à direita) e deixa as mãos das parceiras livres. Em nosso país, permanece de difícil localização, mas não custa tentar encontrá-lo em casas de produtos odontológicos, cirúrgicos e em sex shops.

Luvas cirúrgicas: enquanto o dental dam não vem, pode-se cortar os dedos de uma luva cirúrgica, menos o polegar, e cortá-la também do lado oposto ao do polegar. Lave a parte interna da luva para tirar o talco. Ponha lubrificante (à base de água) no lado que ficará em contato com a vulva de sua parceira. Segure ou peça para sua parceira segurar a luva sobre a vulva. Insira sua língua no polegar da luva ou em outras partes dela para realizar o sexo oral.

Camisinhas não lubrificadas também podem ser adaptadas para sexo oral. Corte a ponta da camisinha masculina e um de seus lados e crie um quadrado para colocar sobre a vulva da parceira e fazer sexo oral.

Luvas cirúrgicas: Para penetração vaginal ou anal, use luvas cirúrgicas de látex ou outro material (para quem é alérgica). São vendidas normalmente em farmácias. Troque de luva quando for fazer penetração vaginal após ter feito penetração anal.
Utilize lubrificante apenas de base aquosa.

Objetos sexuais: Para uma penetração segura e higiênica, ao usar vibradores, consolos (dildos), plugs anais, coloque uma camisinha masculina neles, neste caso lubrificada. Troque de camisinha quando for fazer penetração vaginal após ter feito penetração anal. Utilize lubrificante apenas de base aquosa.

12 - Prazer sem medo

Guia Rápido de Proteção para Lésbicas ♀

Algumas palavras definem bem o sexo seguro: evitar troca de fluidos corporais entre parceiras através de barreiras de proteção ou de outras formas (use a imaginação) e não compartilhar acessórios, objetos sexuais e agulhas para qualquer finalidade. Materiais perfurocortantes em práticas sadomasoquistas, mesmo não compartilhados, devem ser esterilizados.

TOTALMENTE SEGURO
- ☐ Beijo social
- ☐ Carícias, abraços
- ☐ Masturbação (tocando você mesma)
- ☐ Tribadismo sem troca de fluidos corporais (esfregar seu corpo no corpo da parceira)
- ☐ Penetração com os dedos ou mão usando luvas cirúrgicas de látex ou camisinha masculina
- ☐ Uso de vibradores ou dildos (consolos) individuais
- ☐ Uso não compartilhado de agulhas, seringas e utensílios para mistura de drogas injetáveis ou realização de tatuagens e piercings
- ☐ Uso não compartilhado de outros materiais perfurocortantes (facas, giletes, etc..) para práticas sadomasoquistas

PROVAVELMENTE SEGURO
- ☐ Beijo francês (com saliva)
- ☐ Sexo oral protegido com barreira
- ☐ *Fisting* (penetração com a mão) usando luva ou camisinha masculina.
- ☐ Sexo penetrativo com homens usando sempre camisinha com o espermicida nonoxynol-9*.

NÃO SEGURO / ARRISCADO
- ☐ Sexo oral desprotegido, especialmente durante a menstruação ou quando se está com problemas bucais ou dentários.
- ☐ Sexo oral anal sem barreira de proteção
- ☐ Contato desprotegido das mãos com a vagina ou o ânus, em especial se houver cortes/lesões nos dedos ou cutículas.
- ☐ Uso de objetos sexuais compartilhados com outras parceira(s)
- ☐ Uso compartilhado de agulhas, seringas e utensílios para mistura de drogas injetáveis ou realização de tatuagens e piercings.
- ☐ Uso compartilhado de outros materiais perfurocortantes (facas, giletes, etc..) para práticas sadomasoquistas.

Prazer sem medo - 13

Figura 23. Páginas 12 e 13 da Cartilha "Prazer sem Medo" (5ª edição).

Fonte: De "*Cartilha Prazer Sem Medo (saúde e sexualidade para lesbianas) 5ª* edição*"* de: M. Martinho, 2008, Recuperado de: http://www.umoutroolhar.com.br/2015/08/cartilha-prazer-sem-medo-saude-e.html.

II. Categoria Final Disponibilidade

A categoria final "Disponibilidade" agrupa os materiais tomando como referência a forma como os mesmos foram dispostos para seus respectivos públicos-alvo. Esta categoria é composta uma única categoria intermediária, chamada de Limitação de Divulgação.

Limitação de Divulgação

A categoria intermediária *Limitações de Divulgação* é formada por materiais que, após análise, tanto dos materiais quanto dos sites que os hospedam, tiveram sua forma de divulgação considerada limitada, ou seja, foram constatados elementos que, de alguma forma, poderiam interferir na distribuição dos materiais e consequentemente disseminação das informações neles contidas. Dentre as possíveis limitações de divulgação, destacam-se: a insuficiência de materiais, no que diz respeito ao quantitativo elaborado; alta centralização no processo de distribuição, o que pode afetar o poder de alcance das informações contidas nos materiais; e dificuldade no processo de consulta física ou virtual do material.

O primeiro material que compõe esta categoria é o Livreto – Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais. Trata-se de um material que teve tiragem dez mil exemplares, que foram distribuídas por grupos não-governamentais vinculadas à Liga Brasileira de Lésbicas, à Articulação Brasileira de Lésbicas e a outras entidades que trabalhem com lésbicas e mulheres bissexuais pelo Brasil (MS, 2006).

Logo, considera-se que o número de exemplares elaborados pode ter sido insuficiente para abranger todo o território nacional. Além disso, o fato de que a sua distribuição ocorreu apenas entre grupos não-governamentais pode vir a ser considerado como um empecilho na disseminação da informação, já que, apenas mulheres que participam de tais grupos, ou que de algum forma possuem algum contato com os mesmos, poderiam vir a ter acesso a esse material. Dessa forma, avalia-se que, o processo de distribuição deste material pode ser considerado como um possível limitador para o acesso do mesmo por seu público-alvo.

O segundo material que compõe a categoria intermediária *Limitações de Divulgação* é o folder que compõe a campanha "Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para as Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Faz bem para o Brasil". Segundo o Ministério da Saúde (2015) dentre as principais metas desta campanha estavam a distribuição de aproximadamente 100 mil cartazes para secretarias estaduais e municipais de saúde para capitais acima de 300 mil habitantes, de 20 mil folders para mulheres lésbicas e bissexuais destinados aos movimentos sociais, Comitês Estaduais e Municipais de Saúde das Populações de Gays Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais e de peças para redes sociais com mensagens que promovam, antes de tudo, reflexões acerca dos direitos das mulheres lésbicas e bissexuais, bem como informações sobre as necessidades de saúde e os cuidados direcionados para esta população.

Assim, questiona-se a forma como esta campanha foi difundida, tomando como base o quantitativo de materiais que, segundo o próprio Ministério da Saúde, foram distribuídos.

Cogita-se que esta quantidade de materiais poderia ser insuficiente para abranger o grande número de unidades de saúde e profissionais que compõem cada secretaria de saúde no país. Além disso, o critério de distribuição poderia vir a fazer com que profissionais de saúde, que atuem em cidades com menos de 300 mil habitantes, não tenham acesso ao material e, consequentemente, não tenham conhecimento das informações e orientações que poderiam servir de aporte para disseminação do atendimento qualificado para as usuárias lésbicas destas cidades.

Destaca-se também outra limitação nessa campanha, que diz respeito a indisponibilidade online dos materiais veiculados pela mesma. Conforme consta no próprio material, esta campanha teria sido originalmente apresentada no site *Saúde LGBT* do Ministério da Saúde, ficando disponível para consulta de suas propostas bem como, para downloads dos cartazes e folders. No entanto, em uma consulta realizada no mesmo site ano de 2019, foi verificado que a página não existia mais no endereço, e não foi sugerido nenhum outro para acesso aos materiais. Fato que inviabiliza qualquer possibilidade de acesso ao material, seja por profissionais de saúde ou pela própria população de mulheres lésbicas, que desejem obter acesso às informações da campanha.

Por fim, o terceiro e último material que compõe a categoria intermediária *Limitações de Divulgação* é a cartilha "Prazer sem Medo", que embora tenha sido anteriormente elogiada por sua didática adequada, também possui algumas limitações no que diz respeito a sua distribuição e acesso.

Ao se analisar a forma como ocorreu a distribuição do material, verifica-se que o mesmo foi distribuído apenas estado de São Paulo, embora que por seu teor informativo considera-se que a mesma poderia ter sido produzido em escala nacional, visto que para sua elaboração o mesmo teve parceria do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde. Contudo, é necessário dizer que atualmente a última edição datada do ano de 2008 ainda se encontra disponível para consulta online, o que torna possível seu acesso.

Outro ponto a ser destacado sobre essa cartilha diz respeito ao término da produção de novas edições, que pode ser considerado algo contraproducente para promoção da saúde sexual das lésbicas. Acredita-se que novas edições deveriam ser elaboradas, com atualizações de nomenclaturas e/ou procedimentos, de modo a tornar esse material sempre atualizado e disponível para profissionais de saúde e a população lésbica.

Segundo Martinho (2015) a cartilha foi produzida até o ano de 1995 dentro do primeiro projeto brasileiro sobre saúde para mulheres que se relacionam com mulheres, sendo desse

modo elaborada pela Rede de Informação Um Outro Olhar com o financiamento de entidades governamentais, como o Ministério da Saúde, porém após esta data as demais edições foram elaboradas de forma independente ao projeto original até o ano de 2008. Neste sentido, questiona-se o motivo que levou o fim do financiamento governamental para elaboração de novas edições da cartilha, visto tratar-se de um material de grande importância para disseminação da informação e do conhecimento dentro do processo de promoção da saúde sexual de lésbicas.

5. Considerações Finais

O presente estudo objetivou realizar o levantamento e a análise de documentos oriundos de campanhas governamentais elaboradas no Brasil voltadas para promoção da saúde sexual de lésbicas.

A partir do levantamento e análise documental realizados, pode-se dizer que, no que se refere ao cuidado em saúde sexual das lésbicas, verificou-se que, de um lado, motivado por pressões sociais, governos progressistas vinham demonstrando ceder aos apelos de um grupo até então invisibilizado, ao apontar preocupação em promover a saúde sexual de lésbicas, no entanto, do outro lado, a forma como as campanhas se materializaram, principalmente pelo uso de ferramentas materiais educativos, tornaram-se insuficientes para atender às demandas da população lésbica.

Como consequência, esse quadro acarretou em uma falha no processo de disseminação do conhecimento sobre as demandas da população lésbica. Além disso, há um dado que merece destaque, o atual panorama político do país, que vem indicando, desde o início do ano de 2019, omissão na promoção de temas relacionados às populações minoritárias.

Um movimento conservador vem ganhando forma e poder, sendo legitimado cada vez mais, inclusive, entre os representantes do Estado, ao sinalizarem, dentre outras medidas antiprogressistas, o desinteresse em direcionar recursos para o cuidado, promoção e proteção de grupos minoritários, especialmente aqueles pertencentes à comunidade LGBTQ+.

Quando representantes políticos, que ocupam postos decisórios no país, discorrem discursos de intolerância baseados em fundamentalismo religioso, contra a diversidade, estariam incorrendo em uma grave ameaça à manutenção de direitos e garantias das minorias. São esses mesmos representantes que possuem o poder de decisão sobre quais campanhas serão criadas e mantidas, quais programas serão desenvolvidos ou extintos, e quais investimentos serão realizados. Também são essas mesmas posturas conservadoras que, além de limitarem a

garantia da igualdade dos direitos, acabam por servirem de modelos a serem seguidos por pessoas que compartilham das mesmas visões distorcidas de mundo, perpetuando as violações de direitos.

Desse modo, espera-se que, em um futuro próximo, o quadro da promoção da saúde sexual de lésbicas no Brasil possa, novamente, sinalizar uma gradativa transformação no que diz respeito a existência de campanhas e materiais que fomentem a informação e o conhecimento, de modo que seja possível, ao menos, promover a reflexão individual dos profissionais de saúde, para que estes, além de tomarem conhecimento adequado sobre o correto manejo nos atendimentos para mulheres lésbicas, possam reavaliar crenças, atitudes e condutas contrárias ao respeito à diversidade.

Espera-se também que os resultados sirvam para apontar o estado da arte acerca dos materiais e campanhas de promoção do cuidado da saúde sexual de lésbicas e que, futuramente, novos possam ser elaborados, para que se vençam as limitações anteriores e se promova o cuidado cada vez mais na saúde sexual desta população.

Por fim, destaca-se que, por este estudo tratar de um levantamento realizado apenas no ambiente eletrônico, compreende-se que o mesmo pode não ter abarcado materiais que não estavam disponibilizados on-line, o que é percebido como uma limitação, contudo, dentro da sua proposta inicial, buscou-se realizar uma investigação exaustiva, que resultou de maneira satisfatória nos achados e análises apresentadas.

Referências

Almeida, G. S. (2009). Argumentos em torno da Possibilidade de Infecção por DST e Aids entre Mulheres que se Auto-definem como Lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=en&tlng=pt.

Araujo, L. M. (2015). *Representações Sociais de Enfermeiras e Médicos do Campo da Saúde Sexual e Reprodutiva sobre as Mulheres Lésbicas*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro Biomédico. Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro.

Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2006). Saúde da Mulher Lésbica. Dossiê: promoção da equidade e da integralidade. *Rede Feminista de Saúde*. Recuperado de:

http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf.

Calderaro, F. (2011). *Políticas de saúde voltadas às lésbicas: um estudo sobre a possibilidade de reverter um quadro histórico de invisibilidade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

Carrara, S., Ramos, S. (2005). *Política, Direitos, Violência e homossexualidade: pesquisa 9a Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004*. 1. ed. Rio de Janeiro: Cepesc.

Carvalho, L. S. & Philippi, M. M. (2013). Percepção de Lésbicas, Gays e Bissexuais em Relação aos Serviços de Saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, 11(2). 83-92. doi: 10.5102/ucs.v11i2.1837.

Coelho, L. (2001). *A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista da Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Tesserat.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1998, 5 de outubro). Recuperada de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituição.htm.

Costa, A. M., Bahia, L., & Conte, D. (2007). A Saúde da Mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76/77, p. 13-24, jan./dez.

Facchini, R. (2004). Mulheres, Diversidade Sexual, Saúde e Visibilidade Social. Em: F. L. Rios, R. Parker, C. Pimenta, & V. Terto Junior (Edts). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de janeiro: ABIA, 34-43.

Ferreira, S. L. (1997). A mulher e os Serviços Públicos de Saúde. Em: M. C. P. Almeida, & S. M. M. Rocha (Orgs). *O trabalho de Enfermagem* (pp. 175-177) São Paulo: Cortez.

Furlan, B. (2014). *Artigo 196 da Constituição Federal: Direito à Saúde, um Direito Fundamental*. Recuperado de: http://saudedireito.org/2014/01/29/artigo-196-da-constituicao-federal-direito-a-saude-um-direito-fundamental/.

Gaudad, L. A. (2013). *Heteronormatividade em Dispositivos Visuais: análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas*. Monografia. Bacharelado em Serviço Social), Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, DF.

Gomes, R. (1994). Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In S. F. Deslandes, O. Cruz Neto, R. Gomes, & M. C. S. Minayo. Pesquisa Social – teoria, método e criatividade. (21a ed., pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.

Kornijezuk, N. P. (2015). *Do Programa ao Plano: a política de atenção integral à saúde da mulher (PAISM-PNAISM), contexto histórico, atores políticos e a questão da menopausa.* Dissertação. Mestrado em Sociologia. Programa de Pós-graduação em Sociologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/ RS.

Lima, P. E. S. (2011). *Lésbicas, Comunicação e Saúde.* Monografia. Especialização em Comunicação em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ.

Lima, M. A. S. (2016). *Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas.* (Dissertação. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB). Recuperado: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8184/2/arquivototal.pdf.

Lionço, T. (2008). Que direito à Saúde para a População GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11-21. doi: https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003

Ministério dos Direitos Humanos. (2018). *Manual Orientador sobre Diversidade*. Secretaria Nacional de Cidadania. Brasília: Ministério da Saúde.

Martinho, M. (2008). *Prazer Sem Medo - Informações para Mulheres que Transam com Mulheres.* Rede de Informação um outro Olhar. 5 ed.

Martinho, M. (2015). *Cartilha Prazer Sem Medo (saúde e sexualidade para lesbianas)*. Recuperado de: http://www.umoutroolhar.com.br/2015/08/cartilha-prazer-sem-medo-saude-e.html.

Melo, A. P. L. (2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": Gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família.* (Dissertação de Mestrado. Universidade Estatual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro, Brasil). Recuperado de: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp148126.pdf.

Ministério da Saúde. (1984). *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2006). *Chegou a Hora de Cuidar da Saúde – Livreto Especial para Lésbicas e Mulheres Bissexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). *Caderno de Atenção Básica – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2011; 2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2014). Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Relatório da Oficina Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2015). *Campanha Cuidar bem da saúde de cada um. faz bem para todos*. Faz bem para o Brasil. Secretarias de Direitos Humanos (SDH). Políticas para as Mulheres (SPM). Recuperado de: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/lgbt.

Ministério da Saúde. (2017). *Princípios do SUS.* Brasília: Ministério da Saúde.

Moscheta, M. S. (2011). Responsividade como Recurso Relacional para a Qualificação da Assistência a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Moscheta, M. S., Fébole, D. S. & Anzolin, B. (2016). Visibilidade Seletiva: A influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Sau. & Transf. Soc*., Florianópolis, *7*(3), 71-83. Recuperado de: http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/4318/4649.

Oliveira, A. D. S. (2016). *Conhecimentos, Atitudes e Práticas das Mulheres que fazem Sexo com Mulheres sobre a Transmissão e a Prevenção do HIV/Aid*s. (Tese de Doutorado. Universidade Federal Do Piauí. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Doutorado em Políticas Públicas).

Prado, A. P, B. S. P. (2012). Direito Fundamental à Saúde: direito social tratado como direito individual no Brasil. Dissertação. Faculdade de Direito do Sul de Minas. Programa de Pós-graduação em Direito. Pouso Alegre, MG, Brasil.

Rodrigues, J. & Schor, N. (2010). *Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Em: Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos.

Rodrigues, J. L. (2011). *Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo.

Santos, A. C. M. (2018). A Diferença entre Direitos Fundamentais e Humanos e Cláusulas Pétreas. Conjur. Recuperado de: https://www.conjur.com.br/2018-jul-02/adriana-cecilio-diferenca-entre-direitos-fundamentais-humanos.

Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica, 16*(1). Recuperado de: http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113/1403.

Toledo, L. G. (2008). *Estigmas e Estereótipos sobre as Lesbianidades e suas Influências nas*

Narrativas de Histórias de Vida de Lésbicas Residentes em uma Cidade do Interior Paulista. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP).

Unasus. (2015). Saúde lança Campanha sobre Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Recuperado de: https://www.unasus.gov.br/noticia/saude-lanca-campanha-sobre-saude-de-mulheres-lesbicas-e-bissexuais.

CONSIDERAÇÕES GERAIS DA TESE

O objetivo geral desta tese foi analisar as crenças, as atitudes e o preconceito de profissionais de saúde, frente à vulnerabilidade em saúde sexual de mulheres cis lésbicas, e a existência de campanhas para promoção da saúde sexual dessas mulheres. Para tanto, partiu-se da tese de que existem elementos de cunho individual, como crenças e atitudes; social, como o preconceito e a discriminação; e programático, como a insuficiência e ineficácia das atuais campanhas em saúde que, associados, podem refletir no atendimento prestado por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas.

Após a realização de 4 estudos, em que foram analisados os elementos que compõem as 3 dimensões do conceito de vulnerabilidade em saúde, chegou-se a conclusão de que a tese supracitada foi corroborada a partir das seguintes constatações:

Os resultados do primeiro estudo identificaram que os profissionais possuem diferentes crenças acerca das relações afetivo-sexuais entre lésbicas, bem como sobre a prevenção e os determinantes de vulnerabilidade para esta população.

Parte dos profissionais apresentou crenças que podem ser consideradas mais favoráveis às relações entre mulheres, contudo, o que mais chama atenção, em se tratando da tese em questão, são aquelas que se apresentaram de forma desfavorável, e como essas podem refletir nos atendimentos prestados pelos profissionais.

Embora não tenham apresentado um forte compartilhamento, crenças que apontam a vulnerabilidade às IST's como uma forma de castigo contra a homossexualidade feminina, demonstram o quanto os elementos da dimensão individual do conceito de vulnerabilidade podem refletir na prática profissional daqueles que internalizaram essas crenças. Tais crenças estariam baseadas em modelos dogmáticos, que negam os aspectos médico-biológicos das infecções, como suas formas de transmissão, de prevenção e talvez até de tratamento ou cura, em favor de crenças religiosas.

Ainda sobre as crenças dos profissionais identificadas no primeiro estudo, evidencia-se a existência da crença culpabilizante de que o quadro da vulnerabilidade às IST's em lésbicas decorre dessas mulheres manterem práticas homossexuais, bem como por manterem comportamentos promíscuos.

Os profissionais que compactuam com essas crenças estão fazendo juízo de valor ao indiretamente valorizarem os comportamentos heterossexuais, em detrimento aos homossexuais, fato que pode ter influência da ideologia heterossexista, onde todo comportamento sexual contrário a heterossexualidade é inferiorizado ou, neste caso,

promíscuo.

Assim, considera-se que, no primeiro estudo, ficou evidenciado que as crenças dos profissionais, podem, em maior ou menor grau, refletirem em suas condutas, já que, as crenças desfavoráveis interferiram, como demonstram os resultados, na forma como esses profissionais conceberam as práticas afetivo-sexuais e os determinantes de vulnerabilidade para esta população.

Além disso, embora esse estudo tenha focado na análise das crenças, elemento pertencente a dimensão individual do conceito de vulnerabilidade, foi verificado que, em diferentes níveis, também ocorreu a influência de elementos da dimensão social e até mesmo da programática, tendo em vista que, no quadro da vulnerabilidade em saúde, as dimensões de vulnerabilidade são multuamente inter-relacionadas.

No segundo estudo, foram identificadas atitudes desfavoráveis à necessidade de conhecimento da orientação sexual das usuárias, onde alguns participantes julgaram ser uma informação irrelevante. Trata-se de uma atitude que prevê um comportamento negativo em saúde, que seria a desconsideração das especificidades das usuárias lésbicas durante os atendimentos, fazendo com que tais atendimentos sejam oferecidos de forma genérica e não direcionada às duas reais necessidades. Ou seja, percebe-se a influência de um elemento da dimensão social na forma como o atendimento em saúde seria oferecido.

A existência de atitudes desfavoráveis à elaboração e implantação de serviços de saúde específicos para o atendimento de mulheres lésbicas também merece destaque. Justificativas de que a existência de posturas políticas conservadoras poderia se configurar como impedidos à criação desse tipo de serviço, denuncia uma situação preocupante, que está relacionada ao obscurantismo político que vem crescendo no país. Trata-se de um aspecto da dimensão programática, mas que possui relações com as dimensões sociais, através da presença do preconceito, da discriminação e de normas e crenças religiosas.

No terceiro estudo, semelhante ao que ocorreu nos estudos 1 e 2, também foi verificada a existência de uma dicotomia, porém, nesse estudo, de posicionamentos, que se dividiram entre desfavoráveis e favoráveis à conduta de um médico, personagem de um enredo baseado em fatos reais, que negou atendimento a uma jovem após essa revelar ser lésbica.

Foi identificado que os participantes que emitiram respostas desfavoráveis à conduta do personagem do médico, indicaram estar inseridos no processo de mudança social, o que sinalizou uma possível ressignificação de conceitos, crenças e atitudes para esse grupo. Já aqueles que apresentaram posicionamentos favoráveis à conduta do personagem, por meio de diferentes justificativas, indicaram uma filiação ao personagem do médico, resultando na maior

coesão endogrupal, e consequentemente, no maior distanciamento exogrupal, ou seja, se identificaram mais com o profissional e sua conduta, em decorrência de também serem profissionais de saúde e com isso favorecerem o endogrupo, do que com a paciente, que é representada por uma jovem lésbica, por essa fazer parte do exogrupo ao qual esses participantes não fariam parte.

Assim, através da manifestação de diferentes posicionamentos dos participantes, concluiu-se que o preconceito se faz presente entre os profissionais de saúde, no entanto, é recorrente sua manifestação de forma sutil. Também ficou evidenciado que, dentro das dimensões do conceito de vulnerabilidade em saúde, o preconceito e a discriminação, elementos que estão classificados na dimensão social, podem refletir no atendimento oferecido pelos profissionais de saúde, porém, em sua forma sutil e não explícita, mas trazendo danos semelhantes à promoção da saúde sexual das usuárias lésbicas dos serviços de saúde.

Associados a esses elementos, também foram identificados aqueles que fazem parte da dimensão programática, que no caso do estudo em questão foram: a ausência da discussão do tema da diversidade sexual nas faculdades em decorrência de currículos acadêmicos que não trazem este tipo de conteúdo; a inexistência de treinamentos e capacitação oferecidos pelos serviços de saúde aos profissionais; e a dificuldade de acesso à campanhas governamentais sobre a temática da promoção da saúde sexual e do combate ao preconceito e discriminação nos serviços de saúde para a população lésbica.

Além disso, foi identificado que outros elementos que também compõem a dimensão social, além do próprio preconceito e da discriminação que foram investigados, podem influenciar o teor das respostas dos participantes. Neste ínterim, destacou-se o elemento "relações de gênero", expresso por meio de posicionamentos machistas e heterossexistas.

O quarto e último estudo apontou a existência de limitações na abrangência da veiculação dos materiais oriundos das campanhas em saúde para lésbicas, o que acarretou em uma falha no processo de disseminação do conhecimento sobre as demandas da população lésbica.

Foi identificado também a ocorrência de omissão do Estado na promoção de temas relacionados às populações minoritárias, fato que foi atribuído a existência e ascendência de um movimento político conservador, que sinaliza, por meio de medidas antiprogressistas, o desinteresse em direcionar recursos para o cuidado, promoção e proteção de grupos minoritários, especialmente aqueles pertencentes à comunidade LGBTQ+.

Dessa forma, o avanço do obscurantismo político vem promovendo um verdadeiro desmonte nos direitos adquiridos, tornando incerta a continuidade das atuais políticas de saúde

voltadas para a promoção do cuidado à população LGBTQ+, bem como a elaboração de novas campanhas ou programas direcionados à promoção da saúde sexual de lésbicas, situação que, no âmbito da saúde, evidencia uma grave crise.

Embora não seja possível precisar quantitativamente o nível da influência de cada uma das dimensões nas práticas dos profissionais, considerou-se que os estudos realizados sustentaram a tese proposta, de que elementos que compõem as três dimensões do conceito de vulnerabilidade em saúde, podem realmente refletir, em diferentes graus e circunstâncias, nos atendimentos prestados por profissionais de saúde no cuidado em saúde sexual de lésbicas.

Logo, os resultados corroboraram a estrutura do conceito de Vulnerabilidade em Saúde, que considera que as três dimensões de vulnerabilidade estão inter-relacionadas e atuando conjuntamente, em diferentes níveis, no quadro da vulnerabilidade em saúde. No que diz respeito a forma como estes elementos poderiam vir a refletir nos atendimentos prestados por profissionais de saúde a usuárias lésbicas, destaca-se ser indissociável a prática profissional de elementos como crenças, atitudes, preconceitos e do próprio conhecimento adquirido, de modo que quando esses elementos desfavorecem indivíduos, como as usuárias lésbicas, torna-se urgente a necessidade de mudanças na forma como tais atendimentos são estruturados e oferecidos.

Salienta-se a urgência da promoção da formação e capacitação para profissionais de saúde no que diz respeito aquisição de conhecimentos técnico-científicos para o manejo adequado e reponsável dos atendimentos em saúde sexual para lésbicas. Além disso, é crucial que o acesso ao conhecimento seja capaz de promover, para além da capacitação técnica, mudanças intersubjetivas nos processos de perceber a diversidade sexual e os direitos humanos, seja enquanto usuárias dos serviços de saúde, seja enquanto seres humanos detentoras de dignidade humana e de direitos constitucionalmente estabelecidos.

Em suma, considera-se que a junção entre a capacitação técnica e a transformação subjetiva nos profissionais de saúde, seria capaz de gerar mudanças favoráveis nas formas como os atendimentos em saúde são oferecidos, refletindo da diminuição do quadro de vulnerabilidade em saúde sexual das usuárias lésbicas e aumentando a promoção da saúde e qualidade de vida dessas mulheres.

REFERÊNCIAS GERAIS

Almeida, G. S. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto-definem como lésbicas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 301-331. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000200004&lng=en&tlng=pt.

Aragusuku, H. A., & Lopes, M. (2016). Preconceito, Discriminação e Cidadania LGBT: Políticas Públicas em Mato Grosso e no Brasil. Em: E. Fernandes, F. Gontijo, M. Tota, & M. Lopes. *Diversidade Sexual e de Gênero em Áreas Rurais, Contextos Interioranos e/ou Situações Etnicamente Diferenciadas. Novos Descentramentos em outras Axialidades (dossiê)* (pp. 242-258), 3(5), ACENO,

Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & Franca Junior, I. (2009). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ.

Ayres, J. R., Calazans, G., Saletti Filho, H., & França Jr., I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Jr., & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva*, 375-417. São Paulo, SP: Hucitec.

Ayres, J. R., Paiva, V., & França Jr., I. (2012). Conceitos e Práticas de Prevenção: Da História Natural da Doença ao Quadro da Vulnerabilidade e Direitos Humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. 1. Da doença à cidadania*. (pp. 73-93). Curitiba: Juruá.

Carvalho, V. A. (2013). *As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde*. Monografia. Curso de Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pelotas, Rio Grande do Sul, RS.

Coelho, L. (2001). *A Representação Social da Homossexualidade Feminina nos Ginecologistas do Ponto de Vista da Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Tesserat.

Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. & Estcourt, C. S. (2000). Sexually Transmitted Infections and Risk Behaviours in Women who have Sex with Women. *Sex. Transm, Infect*. 76, 345–349.

França Jr., I., & Ayres, J. R. (2003). Saúde Pública e Direitos Humanos. In: P. A. de C. Fortes,

& E. L. C. P. Zobol (Orgs.), *Bioética e Saúde Pública* (pp. 63-69). São Paulo: Centro Universitário São Camilo.

Freitas, L. R. (2018). Da homofobia sem Homofóbicos à Criminalização contra a Comunidade LGBT: opressões que atravessam o livre exercício da sexualidade. Trabalho de Conclusão de Curso. Graduação em Serviço Social. Universidade Federal de Ouro Preto, Instituto de Ciências Sociais e Aplicadas, Minas Gerais, MG. Recuperado de: http://www.monografias.ufop.br/handle/35400000/1250.

Gaudad, L. A. (2013). *Heteronormatividade em Dispositivos Visuais: análise de campanhas governamentais de sexualidade para mulheres lésbicas*. Monografia. Bacharelado em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, DF.

Giannini, D. (2019). Governo altera Programa de Aids, considerado referência mundial. Portal R7. Recuperado de: https://noticias.r7.com/saude/governo-altera-programa-de-aids-considerado-referencia-mundial-23052019.

Gomes, R. (1994). Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In S. F. Deslandes, O. Cruz Neto, R. Gomes, & M. C. S. Minayo. Pesquisa Social – teoria, método e criatividade. (21a ed., pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.

Granado, L. (1998). *Mitos sobre a Relação entre Mulheres e a Transmissão de DST/HIV*. Boletim Ousar viver, São Paulo, 4(6).

Gutiérrez, N. I. M. (2007). Siyuación de Salud Sexual y Reproductiva, Hombres y Mujeres Homosexuales: Hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, *3*(1), 02-16.

Heck, J., Sell, R. L., & Gorin, S. S. (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, *96*(6), 1111-1118. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661.

Lima, M. A. S. (2016). *Vulnerabilidade e Prevenção às DST's nas Práticas Afetivo-Sexuais de Lésbicas*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia Social. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB. Recuperado de: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/8184/2/arquivototal.pdf.

Mann, J. & Tarantola, D. J. M. (1996). *Aids in The World II*. Nova York: Oxford, University press.

Mann, J., Tarantola, D. J. M. & Netter, T. W. (1997). *A Aids no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA/IMS/UERJ.

Marrazzo, J. M. (2000). Sexually Transmitted Infections in Women who have Sex with Women: who cares? *Sex. Transm. Infect*, 76(5), 330-332.

Marrazzo, J. M. (2004). *Barriers to Infectious Disease Care among Lesbians. Emerging Infectious Diseases*, 10. Recuperado de: http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/11/pdfs/04-0467.pdf.

Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (9), 7-28. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872011000400002&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1984-64872011000400002.

Melo, A. P. L. (2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": Gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família.* Dissertação de Mestrado. Universidade Estatual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro, RJ. Recuperado de: http://livros01.livrosgratis.com.br/cp148126.pdf.

Ministério da Saúde. (2011; 2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT*. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2015). *Secretarias de Direitos Humanos (SDH). Políticas para as Mulheres (SPM). Campanha Cuidar bem da saúde de cada um. faz bem para todos*. Faz bem para o Brasil. Recuperado de: http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/lgbt.

Monzon, O. T., Capellan, J. M. (1987). *Female-to-female Transmission of HIV*. Lancet, 2, 40–41.

Moscheta, M. S. (2011). Responsividade como Recurso Relacional para a Qualificação da Assistência a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Oliveira, L. K. (2013). *A Visibilidade das Mulheres Lésbicas em Porto Alegre, de 1997 a 2011.* Trabalho de Conclusão de curso. Graduação em Sociologia. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijui, RS. Recuperado de: http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/1769.

Palma, D. M., & Orcasita, L. Teresa. (2017). Considerations for the Design of Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevention programs for lesbian and bisexual women. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, *21*(63), 1031-1038. Doi: https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0790.

Pinto, V. M. (2004). *Aspectos Epidemiológicos das Doenças Sexualmente Transmissíveis em Mulheres que fazem Sexo com Mulheres*. Dissertação de Mestrado, Curso de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/34711689_Aspectos_epidemiologicos_das_doencas_sexualmente_transmissiveis_em_mulheres_que_fazem_sexo_com_mulheres.

Rabello, L. R. (2013). *A Existência Lesbiana e o Atendimento Ginecológico Oferecido às Lésbicas no Discurso de Profissionais da Saúde do Hospital Regional de Ceilândia*. Monografia. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Antropologia, Distrito Federal, DF.

Ribeiro, K. C. S. (2010). *Adolescência e Sexualidade: vulnerabilidade às DST's, HIV/Aids e a gravidez em adolescentes paraibanos*. (Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba). Recuperado de: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/6878.

Robertson, P. & Schachter, J. (1981). Failure to Identify Venereal Disease in a Lesbian Population. *Sex. Transm. Dis*., *8*(2), 75-76.

Rodrigues, J. L. (2011). *Estereótipos de Gênero e o Cuidado em Saúde Sexual de Mulheres Lésbicas e Bissexuais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP. Recuperado de: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-30102013-161035/pt-br.php

Saito, D. Y. T., Zoboli, E. L. C. P., Schveitzer, M. C., & Maeda, S. T. (2013). Usuário, Cliente ou Paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem ? *Texto & Contexto - Enfermagem, 22*(1), 175-183. doi: https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000100021.

Shirley, K. C. et al. (2014). *Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV — Texas, 2012*. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). Morbidity and Mortality Weekly Report. 63(10). Recuperado de: http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6310.pdf.

Silva, A. F. C., & Cueto, M. (2018) HIV / Aids, os Estigmas e à História. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, *25*(2), 311-314. Recuperado de : https://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702018000200001.

Souza, A. C. J. (2018). *Análise sobre Acesso e Qualidade da Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis na Atenção Básica de Saúde na Cidade do Recife, Brasil*. Tese de Doutorado. Doutorado em Saúde Pública. Instituto

Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE. Recuperado de: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32910/2/2018souza-acj.pdf.

Toledo, L. G. (2008). *Estigmas e Estereótipos sobre as Lesbianidades e suas Influências nas Narrativas de Histórias de Vida de Lésbicas Residentes em uma Cidade do Interior Paulista.* Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Psicologia. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista, São Paulo, SP.

USP. (2018). *LGBTQ+ e suas Abrangências*. USP Diversidade. Núcleo de Direitos da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária. Recuperado de: https://prceu.usp.br/uspdiversidade/apresentacao/.

APÊNDICES

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) participante,

Esta pesquisa é sobre os Aspetos da Vulnerabilidade e da Promoção da Saúde Sexual em Lésbicas e está sendo desenvolvida pelo pesquisador Michael Augusto Souza de Lima, aluno de Doutoramento do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Ana Alayde Werba Saldanha.

O objetivo do estudo é identificar elementos de ordem individual, social e programático que possam implicar nos quadros de vulnerabilidade na promoção da saúde sexual de lésbicas. Este estudo possui como benefícios o favorecimento de avanços na área das Ciências Humanas e Sociais, bem como auxiliar com dados no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas.

Solicitamos a sua colaboração para que responda a um breve questionário que será baseado em questões relacionadas ao seu conhecimento sobre prevenção às IST's, práticas sexuais preventivas e experiências no atendimento de usuárias lésbicas, como também solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicá-los em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, sua identidade será mantida em total sigilo. Informamos que essa pesquisa oferece riscos mínimos para a sua saúde, contudo é importante destacar a possibilidade, mesmo que remota, de vivenciar um breve estado de estresse em decorrência de alguma(s) pergunta(s) contida(s) no questionário que possa(m) causar certo incômodo em algum participante, no entanto, nestas situações, o pesquisador se compromete em lhe oferecer apoio psicológico para que retorne ao seu estado psicológico anterior ao início do estudo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum tipo de dano, nem haverá modificação na forma em que é atendido(a). Informamos também que essa pesquisa não possui nenhum outro fim além do acadêmico. Nos colocamos à sua inteira disposição no endereço abaixo para esclarecer qualquer dúvida.

Desse modo, de acordo com o disposto na Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, faz-se necessário documentar seu consentimento.

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

_____

Pesquisador Responsável

Michael Augusto Souza de Lima (Pesquisador Doutorando da Universidade Federal da Paraíba). Endereço: Universidade Federal da Paraíba/CCHLA/Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social. Contato: (83) 98801-4640 / e-mail: michaelsouzalima@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB Tel. (83) 3216 7791 / e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Apêndice 2

TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Participante Número: _____

Idade: _____ Gênero: _____

Cargo: ( ) Médico(a) ( ) Enfermeiro(a) ( ) Técnico(a) de Enfermagem ( ) ACS

Tempo de Serviço: _____

1 - Lésbicas

Palavra 1: _____

Palavra 2: _____

Palavra 3: _____

2 - Saúde Sexual de Lésbicas

Palavra 1: _____

Palavra 2: _____

Palavra 3: _____

3 - Vulnerabilidade na Saúde Sexual de Lésbicas

Palavra 1: _____

Palavra 2: _____

Palavra 3: _____

4 - Prevenção na Saúde Sexual de Lésbicas

Palavra 1: _____

Palavra 2: _____

Palavra 3: _____

Apêndice 3

PERFIL SÓCIODEMOGRÁFICO

- Idade:_____

- Gênero _____

- Tempo de Formação: **_____**

- Atividade/Profissão: **_____**

- Cargo Ocupado neste serviço: _____

- Tempo que trabalha neste serviço: _____

- Tempo na Atenção Básica: _____

Apêndice 4

QUESTIONÁRIO - ATITUDES

1. Você acredita ser importante que os profissionais de saúde conheçam a orientação sexual das usuárias? Por quê?

2. Você acredita que as usuárias lésbicas deveriam revelar sua orientação sexual para os profissionais de saúde? Por quê?

3. Você acredita que as lésbicas, por não manterem relações sexuais com homens, podem ser consideradas invulneráveis às IST's? Por quê?

4. Você acredita que lésbicas possuem especificidades de cuidado em saúde sexual? Se sim, quais?

5. Você acredita que deveria existir um serviço específico com profissionais de saúde especializados em atender lésbicas? Por quê?

Apêndice 5

PRIMING –Preconceito e Discriminação

O CASO SOFIA

Sofia é uma jovem de 19 anos, estudante de medicina veterinária e que adora animais. Em um determinado dia Sofia busca atendimento médico em uma Unidade de Saúde da Família, pois sua menstruação estava atrasada há alguns dias e ela estava sentindo cólicas incômodas em seu ventre. Era a primeira vez que Sofia iria ser atendida naquela unidade e por isso ela não conhecia os profissionais que ali trabalhavam. Ao entrar na sala do médico ela o cumprimentou e explicou seu problema. A primeira suspeita do médico foi gravidez, e o mesmo logo solicitou um teste de gravidez a Sofia, em seguida a orientou sobre o uso de anticoncepcional e recomendou que ela usasse preservativo ao praticar sexo com seu parceiro. No entanto, Sofia disse que seria impossível estar grávida pois só mantinha relações sexuais com sua namorada pois ela é lésbica. O médico pediu desculpas a Sofia e indicou que ela procurasse outro profissional pois ele não poderia atendê-la.

1. **Você acha que Sofia sofreu algum tipo de discriminação neste atendimento? Por quê?**

   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____
   _____

2. **Por não manterem práticas sexuais heterossexuais é justificável que os profissionais de saúde se recusem a atender usuárias lésbicas? Por quê?**

   _____
   _____
   _____

3. **No Brasil as lésbicas são discriminadas nas Unidades de Saúde da Família? Por quê?**

4. **Você já presenciou alguma situação onde tivesse ocorrido algum tipo discriminação em alguma Unidade de Saúde da Família contra lésbicas? Como foi a situação?**

5. **Você já recebeu algum treinamento (curso, palestra, oficina, material, etc.), durante sua formação ou aqui mesmo no serviço, sobre questões relacionadas a saúde sexual ou ao combate do preconceito e da discriminação contra mulheres lésbicas nos serviços de saúde?**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANEXOS

Anexo 1

TERMO ANUÊNCIA PARA PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 11 de julho de 2017

Processo Nº: 10.530/2017

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** está de acordo com a execução do projeto de pesquisa **"CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VULNERABILIDADE ÀS IST'S EM PACIENTES LÉSBICAS",** a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) **MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA,** sob orientação de **ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI,** e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos(as) **DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV E V**, em João Pessoa-PB**.**

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução 466/2012** do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da **Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa**, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Laysi Brito R. Ferreira
Téc. da Gerência de Educação na Saúde
Mat. 79.398-1

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

Av. Júlia Freire, s/n – Torre – CEP 58040-000. CNPJ: 08.806.721/0001-03. Fones: (083) 3211-6737 – Fax: (083) 3214-7949
gesjp@yahoo.com.br

Anexo 2

ENCAMINHAMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA E DA GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 18 de outubro de 2017

Processo nº 10.530/2017

Da: **GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**
Para**: DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV e V**

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A **Gerência de Educação na Saúde (GES)** encaminha o(a) pesquisador(a) **MICHAEL AUGUSTO SOUZA DE LIMA,** para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VULNERABILIDADE ÀS IST'S EM PACIENTES LÉSBICAS",** a ser realizado neste serviço.

Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

Laysi Brito R. Ferreira
Téc. da Gerência de Educação na Saúde
Mat. 67433-6

Daniela Pimentel
Gerente da Educação na Saúde

Anexo 3

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Universidade Federal da Paraíba
Centro de Ciências Humanas Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social

CERTIDÃO

CERTIFICO para os devidos efeitos que o Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (PPGPS) do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, da Universidade Federal da Paraíba, APROVOU **ad referendum** ao colegiado do PPGPS o Projeto de Pesquisa do aluno **Michael Augusto Souza de Lima**, por orientação da Profª. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli intitulado **" CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VULNERABILIDADE ÀS IST'S EM LÉSBICAS ".**

João Pessoa, 17 de Julho de 2017

Julio Rique Neto
Coordenador do PPGPS
SIAPE: 1520147

Júlio Rique Neto
Coordenador do PPgPS/UFPB
SIAPE: 1520147

Anexo 4

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VULNERABILIDADE ÀS ISTs EM LÉSBICAS

Pesquisador: Michael Augusto Souza de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71675917.0.0000.5188

Instituição Proponente: Programa de Pós-graduação em Psicologia Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.304.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa (tese de doutorado) intitulado "CRENÇAS E ATITUDES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE A VULNERABILIDADE ÀS IST's EM LÉSBICAS", proposto por Michael Augusto Souza de Limea e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social/CCHLA/UFPB, sob a orientação da Profa. Dra. ANA ALAYDE WERBA SALDANHA PICHELLI, assinalado como pertencente à Grande Área do Conhecimento (CNPq) "Ciências Humanas".

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

– "[A]nalisar às crenças e atitudes de profissionais de saúde, especificamente médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde da equipe da USF, no que se refere ao cuidado em saúde sexual de pacientes lésbicas".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

– Caracterizar os participantes em relação aos aspectos sociodemográficos e ocupacionais.

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com

- Realizar um levantamento documental acerca da existência de campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde voltadas para a promoção da saúde sexual de lésbicas.

- Identificar e analisar as crenças de profissionais de saúde por meio evocações acerca das demandas em saúde sexual de lésbicas.

- Identificar e analisar as atitudes de profissionais de saúde por meio de entrevistas semiestruturadas acerca da vulnerabilidade às IST's no sexo desprotegido entre lésbicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Os "RISCOS e BENEFÍCIOS" aos participantes do estudo estão satisfatoriamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A investigação reveste-se de relevância social, acadêmico-científica e profissional.

Os critérios de "inclusão/exclusão" dos sujeitos foram satisfatoriamente informados.

Acerca dos participantes da pesquisa, a amostra total informada no PROJETO DE PESQUISA e no documento INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO é composta por 19 médicos(as), 19 Enfermeiros(as) e/ou Técnicos(as) de Enfermagem e 19 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), totalizando 57 participantes.

Consta, ademais, a seguinte informação textual no PROJETO DE PESQUISA (à fl. 12, sem numeração):

"A amostra será estratificada por conveniência, sendo determinada por um processo de múltiplos estágios e que se divide em três etapas: estratificação das USF isoladas em Distritos Sanitários, escolha das USF e a escolha dos profissionais do serviço. Obedecendo ao critério de proporcionalidade de cada distrito, foram selecionadas cerca de 20% do total das USF isoladas de cada um, atingindo uma amostra total de 19 unidades de saúde, localizadas em 14 bairros da cidade de João Pessoa-PB. Assim, irão compor a amostra médicos(as), enfermeiros(as) ou técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde da equipe da USF, totalizando 57 participantes. Os profissionais serão abordados em seus ambientes de trabalho. Serão adotados os seguintes critérios de exclusão: (a) recusa a participar do estudo; (b) o participante não ser médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem ou agente de saúde da USF. Para elaboração do

levantamento documental sobre campanhas voltadas para promoção da saúde sexual de lésbicas serão indexadas todas as campanhas localizadas na internet que já foram desenvolvidas no Brasil com esta finalidade, independente da data de sua criação ou divulgação."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Protocolo de Pesquisa está instruído/confeccionado com todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Recomenda-se a execução da pesquisa em vista das correções realizadas no presente Protocolo de Pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador sanou adequadamente todas as pendências/inadequações apontadas em parecer imediatamente anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_961253.pdf	24/08/2017 18:17:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoModificado.pdf	24/08/2017 18:16:20	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Outros	MODIFICACOESPROJETO.pdf	24/08/2017 18:14:48	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPESQUISA.pdf	24/08/2017 18:05:37	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Outros	SocioDemograficoOcupacional.pdf	17/07/2017 14:26:50	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Continuação do Parecer: 2.304.028

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Certidao.pdf	17/07/2017 14:21:57	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	17/07/2017 14:15:44	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Outros	PrimingeEntrevista.pdf	11/07/2017 22:46:31	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Outros	TALP.pdf	11/07/2017 22:45:55	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2017 22:44:19	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	105302017ANUENCIA.pdf	11/07/2017 22:37:16	Michael Augusto Souza de Lima	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

JOAO PESSOA, 28 de Setembro de 2017

Assinado por:
Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador)

Endereço: UNIVERSITARIO S/N
Bairro: CASTELO BRANCO **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** eticaccsufpb@hotmail.com