



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

GESIANY MIRANDA FARIAS

**DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES LÉSBICAS**

BELÉM/PA

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**  
**Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

FARIAS, GESIANY MIRANDA  
DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA  
ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES  
LÉSBICAS / GESIANY MIRANDA FARIAS. — 2019.  
143 f. : il.

Orientador(a): Prof<sup>a</sup>. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima  
Coorientação: Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima  
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

1. Lésbica. Enfermeira. Saúde sexual. Saúde reprodutiva. Atenção Básica. . I. Título.

CDD 610.734

---

GESIANY MIRANDA FARIAS

**DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES LÉSBICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA. Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico. Orientados pela Prof.<sup>a</sup>. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima e coorientada pela Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima.

BELÉM/PA

2019

GESIANY MIRANDA FARIAS

**DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE  
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES LÉSBICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará – UFPA. Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico. Orientados pela Prof.<sup>a</sup>. Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima e coorientada pela Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Lúcia Chaves Lima

**Banca examinadora:**

\_\_\_\_\_ - Orientadora

Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima  
Orientadora

\_\_\_\_\_ - Coorientadora

Dra. Maria Lúcia Chaves Lima  
Coorientadora

\_\_\_\_\_ - Examinadora Externa

Dra. Jussara Gue Martini  
Membro externo

\_\_\_\_\_ - Examinadora Interna

Dra. Márcia Maria Bragança Lopes  
Membro interno

\_\_\_\_\_ - Examinadora Interna

Dra. Marília de Fátima Vieira de Oliveira  
Membro interno

\_\_\_\_\_ - Examinadora Interna (Suplente)

Dra. Dirce Nascimento Pinheiro  
Membro interno

BELÉM/PA

2019

Dedico a todas as lésbicas que são usuárias da Atenção  
Básica em Saúde.

Este estudo recebeu apoio financeiro da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**.

## AGRADECIMENTOS

Uma das frases que mais me acompanhou durante toda a trajetória acadêmica é “aquele que me protege não dorme”, essas palavras foram meu refúgio e consolo em “dias nublados”, então meu primeiro agradecimento é a ele, a Deus, quem tem sido meu amigo e companheiro. Mas também não poderia esquecer da minha padroeira, Nossa Senhora de Nazaré, que os paraenses de forma íntima chamam de “Nazica”. Gratidão por sempre interceder por mim.

Outra pessoa que é fundamental na minha vida, a minha mãe, intimamente chamada de Maroca. Minha melhor amiga e companheira, que mesmo em meio ao caos, sempre me transmite palavras de amor e otimismo. Amo você, mãe!

Por falar em mãe, eu sou privilegiada por ter ao meu lado uma mãe acadêmica, a Dra. Vera Lúcia de Azevedo Lima que sempre está colaborando para o meu crescimento, desde o segundo semestre da Faculdade de Enfermagem. Nunca terei como agradecer por me apoiar e orientar os meus projetos. Gratidão!

Ao meu grupo de pesquisa que é formado por pessoas valorosas e dedicadas: Valquíria, Andrey, Alessandra, Euriane, Adria, Raine, Sheila, Victor e Jonathan, deixo público o meu agradecimento por compartilharem comigo conhecimento.

Meu agradecimento a Dra. Maria Lucia Lima, por aceitar o desafio de ser minha Coorientadora nesta pesquisa. Todas as suas contribuições foram importantes para o meu crescimento acadêmico.

Nesta trajetória teve um amigo que foi meu confidente e conselheiro, o Antonio (Toni), meu querido, gratidão por ficar ao meu lado em tempos difíceis. Você é hoje uma das pessoas mais importantes na minha vida. Não vou só agradecer, mas desejar, voe alto que lá é o seu lugar por merecimento e dedicação.

A minha família pelos almoços de domingo e altas gargalhadas, vocês são um suporte e um afago para todos os momentos. Obrigada por vocês existirem, eu tenho a melhor família.

Ainda sobre a minha família, agradeço ao meu irmão mais velho (o gordo), Deus não poderia ter me dado um irmão melhor, você é mais que um irmão, é um companheiro que divide momentos de alegria e tristeza.

Aos meus colegas de mestrado que compartilharam comigo os momentos de desespero (risos), principalmente durante a proximidade da entrega de trabalhos,

projeto para qualificação, artigos etc., vocês foram fundamentais e fizeram com que esses anos se tornassem mais prazerosos.

Agradeço a todas as minhas professoras (graduação e mestrado) por todo o suporte nesta trajetória. Sou muito grata por todo o conhecimento que foi compartilhado.

Meu eterno respeito e consideração por um companheiro que há anos tem me apoiado, Aloísio, a seu pedido não posso revelar todo o carinho que dedicastes a mim. Saiba que eu sou muito grata por tudo. Gratidão, meu amigo! Você é minha inspiração!

As minhas companheiras de luta, que estão na batalha comigo por dias melhores, vocês que sonham e desejam uma sociedade mais justa, sem preconceito e discriminação, em especial a todas as lésbicas que lutaram antes de mim e as que lutam ao meu lado, gratidão!



*“É que tem mais chãõ nos meus olhos do que cansaço nas  
minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que  
tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do  
que medo na minha cabeça. ”*

*Cora Coralina*

## **DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS(AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES LÉSBICAS**

### **RESUMO**

Dentre as áreas de prioridade da Atenção Básica em Saúde (ABS), está a atenção em saúde sexual e reprodutiva, que deve ser oferecida à população com ética e humanização, sendo direitos humanos que estão inseridos nas políticas públicas de saúde. No que se refere às mulheres, relata que elas podem exercer a sua sexualidade sem repressão e violência. Porém, inúmeras pessoas têm seus direitos violados em virtude da sua orientação sexual. Citam-se aqui as lésbicas que, muitas vezes, têm seus direitos sexuais e reprodutivos infringidos dentro dos serviços de saúde. Dentre os profissionais que atuam nesses serviços, cita-se o(a) enfermeiro (a), que tem um papel importante no cuidado e, desse modo, deve buscar a melhoria de suas práticas para proporcionar uma melhor assistência às lésbicas, dentro de suas demandas e especificidades. Dessa forma, essa pesquisa teve o objetivo de caracterizar os discursos de enfermeiros(as) que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belém sobre saúde sexual e reprodutiva das lésbicas. A metodologia utilizada foi exploratória com abordagem qualitativa, realizada no município de Belém em uma UBS de cada um dos 07 distritos administrativos desta capital. Os participantes foram enfermeiros(as) que atuavam nesses setores de saúde e que prestavam assistência nos programas do Ministério da Saúde que envolvam a saúde das mulheres. Foram consultadas um total de 23 enfermeiros (as) para a realização da pesquisa. No entanto, 10 não estavam de acordo com os critérios de inclusão, resultando em 13 enfermeiros(as) entrevistados(as). A pesquisa foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, seguido de um roteiro de entrevista semiestruturado. A análise de conteúdo foi de acordo com a estrutura proposta por Bardin, perpassando pelas etapas da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados e discussões desta pesquisa foram divididos em quatro categorias, a primeira sobre os estereótipos envolvendo a lesbianidade, a segunda relatando a necessidade de formação e capacitação desses profissionais, a terceira mencionando a saúde sexual na atenção básica e a quarta citando o direito reprodutivo das lésbicas. Por meio dessa pesquisa pode-se caracterizar o discurso desses profissionais, sendo fundamental para propor

estratégias para a diminuição ou erradicação de algumas fragilidades encontradas como a heteronormatividade na assistência em saúde, a falta de capacitação, o estereótipo que acometem as lésbicas e a questão da assistência em saúde sexual e reprodutiva. Todas essas temáticas foram analisadas com embasamentos teóricos, por meio de discussões envolvendo autores que discutem lesbianidade, saúde das lésbicas, assim como publicações do Ministério da Saúde por meio de suas diretrizes e conceitos.

**Palavras-Chaves:** Lésbica. Enfermeira. Saúde sexual. Saúde reprodutiva. Atenção Básica.

# **DISCOURSE OF THE NURSES OF THE PRIMARY ATTENTION ABOUT SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF LESBIAN WOMEN**

## **ABSTRACT**

Among the priority areas of Primary Health Care (PHC) is the attention on sexual and reproductive health, which must be offered to the population with ethics and humanization, being human rights that are part of public health policies. Referring for women, it reports that they can exercise their sexuality without repression and violence. However, countless people have their rights violated because of their sexual orientation. It cites here, the lesbians who often have their sexual and reproductive rights infringed within health services. Among the professionals who work in these services, the nurse is mentioned, who has an important role in the care and, therefore, should seek the improvement of their practices to provide a better assistance to the lesbians, within their demands and specificity. Thus, this research had the objective of characterizing the discourses of nurses who work in Primary Health Care (PHC) of Belém about sexual and reproductive health of the lesbians. The methodology used was exploratory with a qualitative approach, collected in the city of Belém in a UBS of each one of the 07 administrative districts of that capital. Participants were nurses that atued in these health sectors and that prested assistance to Ministry of Health programs that involved women's health. It were consulted a total of 23 nurses were consulted for the research. However, 10 discorded about the inclusion criteria, resulting in 13 nurses interviewed. The research happended through a sociodemographic questionnaire, followed by a semi-structured interview script. The content analysis was according to the structure proposed by Bardin, perpassing for the steps of pre-analysis, material exploration, treatment of results, inference and interpretation. The results and discussions of this research were divided into four categories, the first about stereotypes involving lesbianity, the second reporting the need for training and qualification of these professionals, the third mentioning sexual health in primary care, and the fourth citing the reproductive rights of lesbians. Through this research it can characterize the discourse of these professionals, being fundamental to propose strategies for the reduction or eradication of some fragilities found such as heteronormativity in health care, lack of capacity, the stereotype that affect lesbians and the assistance question in sexual health and reproductive. All these

themes were analyzed with theoretical bases, through discussions involving authors that discuss lesbianity, lesbian health, as well as publications of the Ministry of Health through its guidelines and concepts.

Keywords: Lesbian. Nurse. Sexual health. Reproductive health. Primary Attention.

# **DISCURSO DE LOS(LAS) ENFERMEROS(AS) DE LA ATENCIÓN BÁSICA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES LESBIANAS**

## **RESUMEN**

Entre las áreas de prioridad de la Atención Básica en Salud (ABS), está la atención en salud sexual y reproductiva, que debe ser ofrecida a la población con ética y humanización, siendo derechos humanos que están insertos en las políticas públicas de salud. En lo que se refiere a las mujeres, relata que ellas pueden ejercer su sexualidad sin represión y violencia. Sin embargo, muchas personas tienen sus derechos violados en virtud de su orientación sexual. Se citan aquí las lesbianas que, muchas veces, tienen sus derechos sexuales y reproductivos infringidos dentro de los servicios de salud. Entre los profesionales que actúan en esos servicios, se cita el (la) enfermero (a), que tiene un papel importante en el cuidado y, de ese modo, debe buscar la mejora de sus prácticas para proporcionar una mejor asistencia a las lesbianas, dentro de sus demandas y especificidad. De esta forma, esa investigación tuvo el objetivo de caracterizar los discursos de enfermeros (as) que actúan en Unidades Básicas de Salud (UBS) de Belém en la salud sexual y reproductiva de las lesbianas. La metodología utilizada fue exploratoria con abordaje cualitativo, realizada en el municipio de Belém en una UBS de cada uno de los 07 distritos administrativos de esa capital. Los participantes fueron enfermeros (as) que actuaban en esos sectores de salud y que prestaban asistencia programas del Ministerio de Salud que involucra la salud de las mujeres. Se consultó a un total de 23 enfermeros (as) para la realización de la investigación. Sin embargo, 10 no estaban de acuerdo con los criterios de inclusión, resultando en 13 enfermeros (as) entrevistados (as). La encuesta fue realizada por medio de un cuestionario sociodemográfico, seguido de un guión de entrevista semiestructurado. El análisis de contenido fue de acuerdo con la estructura propuesta por Bardin, pasando por las etapas del pre-análisis, explotación del material, tratamiento de los resultados, inferencia e interpretación. Los resultados y discusiones de esta investigación se dividieron en cuatro categorías, la primera sobre los estereotipos que afectan a la lesbianidad, la segunda relatando la necesidad de formación y capacitación de estos profesionales, la tercera mencionando la salud sexual en la atención básica y la cuarta citando el derecho reproductivo de las mujeres lesbianas. Por medio de esta investigación se puede caracterizar el discurso de esos

profesionales, siendo fundamental para proponer estrategias para la disminución o erradicación de algunas fragilidades encontradas como la heteronormatividad en la asistencia en salud, la falta de capacitación, el estereotipo que acomete las lesbianas y la cuestión de la asistencia en salud sexual y reproductiva. Todas estas temáticas fueron analizadas con bases teóricas, a través de discusiones que involucra a autores que discuten lesbianidad, salud de las lesbianas, así como publicaciones del Ministerio de Salud por medio de sus directrices y conceptos.

Palabras-Llaves: Lesbiana. Enfermera. Salud sexual. Salud reproductiva. Atención Básica.

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> -Número de enfermeiros(as) identificados (as) por distrito administrativo de Belém.	45
<b>TABELA 2</b> -Dados sociodemográficos e pessoais dos (as) participantes da pesquisa	45
<b>TABELA 3</b> -Dados profissionais dos (as) participantes da pesquisa	46



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica à saúde

CIPD - Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

CIT - Comissão Intergestoras tripartite

DECS - Descritores em Ciências da Saúde

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

HPV - Papiloma vírus Humano

ICS - Instituto de Ciências da Saúde

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT - Lésbica, Gay, Bissexual, Transexuais e Travestis

MSM - mulheres que fazem sexo com mulheres

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PCCU - Preventivo de Câncer do Colo Uterino

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM - Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

SEDH - Secretaria Especial de Direitos Humanos

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPA - Universidade Federal do Pará

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O FENÔMENO DA PESQUISA .....</b>	<b>19</b>
<b>2 BASES CONCEITUAIS .....</b>	<b>26</b>
2.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS .....	26
2.2 MARCOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES. ....	29
2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES LÉSBICAS .....	33
2.4 DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE: COMPREENSÕES GERAIS .....	37
2.5 (IN) VISIBILIDADE LÉSBICA E RESISTÊNCIA .....	39
<b>3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA .....</b>	<b>43</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	43
3.2 CENÁRIOS DA PESQUISA .....	43
3.3 PARTICIPANTES .....	44
3.4 COLETAS DE INFORMAÇÕES .....	46
3.5 CAMINHOS DA PESQUISA .....	47
3.5.1 Distrito Administrativo do Guamá-DAGUA .....	47
3.5.2 Distrito Administrativo da Sacramenta – DASAC .....	48
3.5.3 Distrito Administrativo de Mosqueiro- DAMOS .....	48
3.5.4 Distrito Administrativo do Entroncamento- DAENT .....	49
3.5.5 Distrito Administrativo do Benguí-DABEN .....	49
3.5.6 Distrito Administrativo de Outeiro-DAOUT .....	49
3.5.7 Distrito Administrativo de Icoaraci –DAICO .....	50
3.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	50
3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	51
3.8 RISCOS.....	52

3.9 BENEFÍCIOS.....	52
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>53</b>
4.1 “A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE .....	53
4.2 “É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE? ”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO.....	58
4.3 “É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	62
4.4 SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER NÉ? ” .....	69
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE A-DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE C- ROTEIRO PARA A ENTREVISTA .....</b>	<b>94</b>
<b>APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE E- QUADROS ANALÍTICOS .....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SESMA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO C- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA PUBLICADA NA REUOL .....</b>	<b>120</b>

## APRESENTAÇÃO

Durante a formação acadêmica de graduação em Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Pará (UFPA), com a participação de diversos eventos que envolviam a discussão sobre visibilidade lésbica, ficou perceptível que a saúde se constituía a pauta principal dessas mulheres, principalmente no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva.

Esses espaços foram fundamentais para ouvir relatos sobre a importância de uma saúde humanizada, bem como a relevância dos debates reflexivos na formação dos profissionais de saúde, visando uma atuação profissional mais humanizada e de respeito aos direitos humanos de todas as pessoas.

Os espaços de discussões, em sua maioria, eram organizados por iniciativa de estudantes da graduação ou por movimentos sociais e, geralmente estavam centralizados no mês de agosto, pois no dia 29, do referido mês, é comemorado o dia nacional de visibilidade lésbica. Os debates eram promovidos por meio de seminários e rodas de conversas, cujos facilitadores eram profissionais de saúde e membros de movimentos sociais, sendo consentida também a intervenção das participantes lésbicas envolvidas no evento.

Com a participação ativa nesses eventos, foi observado que eram raros os debates sobre saúde sexual e reprodutiva de lésbicas promovidos pelos institutos, faculdades ou grupos de pesquisa. Outro ponto observado durante a vivência acadêmica, é que a sexualidade e a orientação sexual de lésbicas não eram abordadas nas disciplinas que envolviam a saúde das mulheres. Essas lacunas suscitaram os primeiros questionamentos dessa pesquisa, com intuito de compreender como a falta de discussão na academia poderia repercutir na assistência em saúde desse grupo específico de mulheres.

Diante de tais inquietações tornou-se relevante a pesquisa em questão, visando proporcionar uma discussão reflexiva sobre essas temáticas num estudo que se dividiu em cinco seções. A primeira é referente às considerações iniciais sobre o fenômeno da pesquisa, na qual há uma explanação de alguns conceitos da atenção básica, assim como o de saúde sexual e reprodutiva. Ainda por cima, abordando a aplicabilidade dessas temáticas durante a assistência, encerrando com a questão da

pesquisa devido às justificativas e problemáticas apontadas, além dos objetivos gerais.

A segunda seção relata inicialmente as bases conceituais, apontando os marcos legais e políticos dos direitos sexuais e reprodutivos, também os marcos históricos na construção de políticas para a saúde das mulheres, as políticas vinculadas ao Ministério da Saúde sobre saúde das lésbicas, a questão da sexualidade, e finalizando com uma reflexão sobre a invisibilidade lésbica na sociedade.

A terceira seção faz menção da metodologia, relatando o trajeto da pesquisa, destacando os cenários, os participantes, o tipo de estudo, a análise definida para a construção da discussão dos resultados e a questão ética, mencionando ainda, os riscos e benefícios deste estudo.

A quarta seção apresenta os resultados e discussões e, porquanto mostrando a caracterização dos participantes da pesquisa, as categorias com a discussão sobre estereótipos, a capacitação e formação das(os) enfermeiras(os) e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica em saúde.

A última seção, referente às considerações finais, traz as exposições sobre os discursos revelados na pesquisa, assim como sugere articulações para as boas práticas em saúde voltadas para as mulheres lésbicas.

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O FENÔMENO DA PESQUISA

Pesquisar sobre as temáticas que envolvem saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas, no que se refere Atenção Básica em Saúde e mais a atuação da(o) profissional enfermeira(o), é um grande desafio, principalmente devido à complexidade da discussão em virtude das ínfimas publicações sobre o assunto referente à enfermagem. Além disso, essa temática envolve tabus na sociedade, devido a questões históricas, culturais e sociais.

Então, visando inicialmente discorrer sobre atenção básica, mulheres lésbicas e saúde sexual e reprodutiva, esta primeira seção reflete essas discussões de forma pontual, apresentando os conceitos básicos de Atenção Básica e sua relação com a saúde sexual e reprodutiva.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em seu artigo 2º, aponta que a ela deve ser realizada envolvendo promoção e prevenção da saúde, além da redução de danos, proteção, diagnóstico, tratamentos etc., destacando no inciso 3º que não se pode promover a exclusão em virtude de idade, gênero, etnia, raça, condição social, orientação sexual, entre outros (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde afirma que a Atenção Básica é um conjunto de ações que visa alcançar de forma individual e coletiva as pessoas, para proporcionar a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Devendo estar de acordo com a realidade local, levando em consideração a questão cultural e social daquele ambiente (BRASIL, 2007). Ainda complementa que “a Atenção Básica se utiliza de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, as quais devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território” (BRASIL, 2013a p. 29).

Por todas essas contribuições, é indiscutível que um dos papéis da Atenção Básica é estar próximo aos usuários, fazendo com que eles percebam o serviço como uma das portas para a busca de uma melhor qualidade de vida. Todavia, é preciso que os gestores e trabalhadores de saúde possam proporcionar o acolhimento necessário para atender as demandas da população (BRASIL, 2016). Mas, para que isso ocorra, é preciso que os setores de saúde possam compreender as suas funções dentro dos serviços, então:

Reconhece-se que, para o alcance dos objetivos do sistema de saúde e o cumprimento efetivo e qualificado de suas funções como porta de entrada

preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade na Atenção Básica, faz-se necessário conferir maior qualificação, autonomia e responsabilidade a todas (os) as (os) trabalhadoras (es) atuantes neste nível de atenção. Também é fundamental estimular dispositivos para o trabalho compartilhado, considerando a oferta de cuidado em contextos de difícil acesso, com barreiras geográficas ou outras particularidades locais (BRASIL, 2016 p.12-13).

De modo semelhante, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde ressalta que na Atenção Básica à saúde (ABS) as pessoas devem ser respeitadas “em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural”. Para tal, o referido órgão enfatiza a importância que a promoção da saúde se inicie pela prevenção das doenças, possibilitando assim a redução dos danos ou sofrimentos das pessoas (CONASS, 2004, p.7).

Assim, é importante que se leve em consideração a carta de direitos dos usuários do SUS, que apresenta seis princípios fundamentais na aplicabilidade dos direitos ao acesso nos serviços de saúde (BRASIL, 2007a p. 3) sendo eles:

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Outra importante contribuição vem da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, que aponta em seu segundo artigo que “toda pessoa tem direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”. Mencionando em seu primeiro inciso que o acesso a esses serviços será realizado preferencialmente pela Atenção Básica (BRASIL, 2009 a p.1).

Também é fundamental destacar, que dentre os princípios do SUS estão a universalidade, a equidade e a integralidade. Entre eles aponta-se a equidade, que tem como um dos seus focos a diminuição da desigualdade na assistência, sinalizando que embora as pessoas possuam direitos iguais, deve-se lembrar de que existem diferenças entre elas, e esse é um ponto fundamental na aplicabilidade deste princípio.

Em síntese, a Atenção Básica à Saúde (ABS) é considerada a porta de entrada do SUS, sendo importante para a atuação frente às comunidades na aplicabilidade dos direitos dos usuários, incluindo as diversas orientações sexuais (PEREIRA, 2015).

Para tal, dentre as áreas de prioridade da ABS, está a atenção em saúde sexual e reprodutiva, que deve ser oferecida a população com ética e humanização, visando o respeito a esses direitos. A saúde sexual e reprodutiva é imprescindível para a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2013a).

Por isso, baseada nesses aspectos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde sexual “como um estado físico, emocional, mental e social de bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente ausência de doenças, disfunções ou debilidades” (BRASIL, 2013a p.49).

Em relação aos direitos sexuais, destaca-se o direito de exercer a sexualidade sem violência e constrangimento, bem como o direito de expressar a orientação sexual, além do direito à informação e livre acesso sobre métodos de prevenção de inúmeras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sendo assistido nos serviços de saúde com qualidade, visando a privacidade, o sigilo e um atendimento sem preconceito (BRASIL, 2013a). A promoção à saúde sexual deve ser aplicada na Atenção Básica, sem juízos de valores e discriminação.

Vale enfatizar, que a inclusão dos direitos sexuais e reprodutivos nas políticas públicas de saúde também voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais, foram conquistados por meio das reivindicações dos movimentos feministas, principalmente após a década de 1990 (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

O enfrentamento das questões ligadas à homossexualidade feminina, e especificamente à sua relação com a saúde, enquanto campo de reivindicações de direitos emerge no Brasil apenas recentemente, na virada do século XX para o XXI. Tal enfrentamento, que teve como início a noção de “direitos sexuais” como parte dos direitos humanos das mulheres, foi efetivado por meio de um processo político que conjugou expansão e maior visibilidade do movimento lésbico e sua articulação com o movimento feminista (BARBOSA; FACCHINI, 2009, p. 291).

Com efeito, houve o reconhecimento de que os direitos reprodutivos são direitos humanos, no qual a pessoa tem o direito de decidir por ter ou não filhos e de obter acesso aos meios e tecnologias reprodutivas, sem discriminação também no que se refere a sua orientação sexual (VENTURA, 2009).

Da mesma maneira, o protocolo de Atenção Básica construído pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, mencionou



a importância de oferecer planejamentos reprodutivos, independente de diagnóstico de infertilidade para as mulheres lésbicas e bissexuais, por meio da inseminação artificial ou a fertilização in vitro, sendo já disponível pelo SUS (BRASIL, 2016).

O planejamento reprodutivo está vinculado à Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1966, assim como ao § 7º do art. 226 da Constituição Federal, devendo o mesmo ser considerado um direito constituído (BRASIL, 2013a).

No entanto, para a aplicabilidade do planejamento reprodutivo os gestores municipais devem assegurar infraestrutura para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio de recursos materiais, tecnologias para esse setor, insumos para a realização das ações e incentivo a participação desses profissionais no processo de educação permanente. “Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades: aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas” (BRASIL, 2013a p.60). Sendo mencionado também a sua importância em relação a:

Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva e na identificação das dificuldades e disfunções sexuais, tendo em vista a sua atuação mais próxima das pessoas em seu contexto familiar e social (BRASIL, 2013a p. 49).

Esses direitos sexuais e reprodutivos estão inseridos nas políticas públicas, que são de extrema importância para a saúde das usuárias, tendo a ABS como uma matriz de referência (LEMOS, 2014). No que diz respeito às mulheres, relata que elas podem exercer a sua sexualidade sem repressão e violência (WICHTERICH, 2015).

Desse modo, o conhecimento desses aspectos conceituais do Sistema Único de Saúde (SUS) é importante na discussão sobre os direitos de todas as pessoas, mostrando que as reivindicações pela aplicabilidade desses direitos não são uma questão de favorecimento a um grupo, mas um dever do Estado.

O Ministério da Saúde sinaliza que muitos profissionais da Atenção Básica não se sentem confortáveis e nem capacitados para lidar com a temática da sexualidade ou com a saúde sexual das usuárias do serviço. Tendo em vista uma questão cultural, a sexualidade ainda acarreta tabus, estigmas e preconceitos (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que o debate em torno da sexualidade, gênero e diversidade, não estão vinculados apenas em pautas pessoais de um grupo, mas vai além desse propósito, pois o que se coloca em discussão são os direitos humanos e os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A luta pelos direitos humanos no que se refere às lésbicas, assim como a aplicabilidade dos princípios do SUS é notório quando se percebem as reivindicações dessas mulheres dentro dos espaços de discussões políticas, sociais e acadêmicos.

Dessa forma, para uma assistência em saúde qualificada, deve-se compreender como ocorre o processo saúde e doença, não o vinculado apenas a fatores biológicos, mas também a fatores sociais e culturais (BRASIL, 2013a). O Ministério da Saúde revela questões sobre os determinantes em saúde relatando que:

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (BRASIL, 2013a p. 81).

Porém, inúmeras pessoas têm seus direitos violados em virtude da sua orientação sexual. Citam-se aqui as lésbicas que, muitas vezes, têm seus direitos sexuais e reprodutivos negligenciados dentro dos serviços de saúde. Esses direitos devem ser garantidos pelo Estado por meio de políticas públicas que coloquem em prática ações e estratégias para o atendimento a essas mulheres (BRASIL, 2013a).

Diversos estudos sobre a temática que envolve sexualidade e gênero apontam que as mulheres sofrem exclusão e discriminação em todo o mundo em vista de suas práticas sexuais (HUGHES; WILSNACK; KANTOR, 2016), provocando consequências para a saúde, que podem ocasionar adoecimento e ameaçar a qualidade de vida (UNITED NATIONS, 2015).

Por conseguinte, a discriminação na sociedade e a vulnerabilidade das mulheres a diversas patologias, muitas vezes, causa mais adoecimento e mortes do que os diversos patógenos ou agentes etiológicos (BRASIL, 2011a), ou seja, fatores sociais, econômicos, culturais e históricos podem influenciar no adoecimento, por isso são considerados determinantes sociais em saúde, como a homofobia e a lesbofobia (BRASIL, 2013a).

Assim, as lésbicas estão em situação de vulnerabilidade em vista do preconceito e discriminação, sendo esses fatores contribuintes para a exclusão de vários ambientes, como os da saúde e até mesmo o familiar, que deveria ser um suporte de apoio a elas.

Nesses termos, as ações afirmativas são importantes para aplicar o princípio da equidade do SUS. Essas ações podem ser conceituadas como ações positivas, isto é, tem o intuito de inibir ou prevenir prejuízos que foram causados por questões

históricas, culturais e sociais. Como exemplo, cita-se a homofobia e a lesbofobia, que não são patologias, mas podem causar por meio de ações preconceituosas e discriminatórias consequências para a saúde física e mental (BRASIL, 2013a).

Por isso, a mobilização das mulheres mais vulneráveis para adentrarem aos serviços de saúde é fundamental para a promoção da saúde, por meio de uma assistência que seja integral e que se utilize de encaminhamentos por meio da referência, quando necessário (BRASIL, 2011a).

Porém, para uma assistência eficaz, não basta apenas leis ou políticas, mas faz-se necessária uma discussão ampliada sobre a temática saúde e sexualidade. Bento (2012), nesse sentido, apontou que a discussão sobre a homossexualidade feminina é escassa, sendo mais comum a literatura sobre a homossexualidade masculina.

Em concordância, uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) constatou que a assistência de enfermagem à mulher lésbica não está sendo abordada nas pesquisas científicas, tendo em vista as ínfimas publicações sobre esse assunto (SOUSA et al., 2014).

Outro estudo também citou que as pesquisas sobre saúde sexual e reprodutiva das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) são insuficientes, há carências de estudos quantitativos que apontem as demandas para esse grupo (RUFINO et al., 2018).

Outra observação que merece destaque é que a assistência à saúde de lésbicas não deve ser avaliada apenas por dados epidemiológicos. Por isso, os estudos referentes à saúde desse grupo devem ser pautados nas representações sociais vinculadas a elas, levando em consideração os determinantes sociais em saúde (LIONÇO, 2008).

Com os expostos, nota-se que nos serviços de saúde é importante que exista uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para uma melhor atuação desses profissionais com as usuárias do serviço, proporcionando uma saúde mais integral e qualificada (BRASIL, 2013a).

Dentre esses profissionais, cita-se a(o) enfermeira(o), que tem um papel importante no cuidado e, desse modo, deve buscar a melhoria de suas práticas para proporcionar uma melhor assistência às lésbicas, dentro de suas demandas e especificidade (KAMEN, et al., 2015).

Esses profissionais são os mais presentes nos cuidados de saúde, sendo esse um fator favorável para que se promova uma educação em saúde, proporcionando uma maior atenção aos exames de rotinas, visando assim a prevenção do câncer cervical e de outras doenças (JOHNSON, et al., 2016).

Para isso, faz-se necessário que as(os) enfermeiras(os) recebam capacitações por meio da educação continuada e permanente para prestar um acolhimento eficaz, além de promover estratégias para uma saúde mais humanizada, tendo assim como resultado o maior vínculo das lésbicas com a atenção básica em saúde (OLIVEIRA, 2017).

Portanto, na consulta à variada bibliografia, concluiu-se que uma pesquisa que vise compreender o discurso das(os) profissionais enfermeiras(os) da UBS no atendimento às lésbicas é de suma importância para promover discussões e reflexões que visem transformações e quebras de paradigmas.

Diante do exposto, surgiu o desejo de pesquisar sobre saúde sexual e reprodutiva de lésbicas na Atenção Básica em Saúde. Buscando compreender como essa assistência da(o) enfermeira(o) é prestada a essas mulheres.

Em virtude dessas inquietações sobre saúde das lésbicas e a atuação da(o) enfermeira(o), fez-se o seguinte questionamento: Como se caracteriza o discurso das(os) enfermeiras(os) que atuam na Atenção Básica em Saúde sobre a saúde sexual e reprodutiva das lésbicas?

Diante do exposto, o objetivo geral da pesquisa é caracterizar os discursos de enfermeiras(os) que atuam em Unidades Básicas de Saúde do município de Belém sobre saúde sexual e reprodutiva das lésbicas.

## 2 BASES CONCEITUAIS

### 2.1 MARCOS LEGAIS E POLÍTICOS DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) foi um marco na história, sendo anunciada em 10 de dezembro de 1948, na Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris, visando à proteção dos direitos de todas as pessoas. Esse documento histórico foi de suma importância para garantir direitos básicos a todos os indivíduos, tendo afirmado em seus preâmbulos: “o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (CESE, 2018 p. 15).

Assim como, em seu artigo XXI, relata que “Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país”. Essa declaração serviu de alicerce para a construção de novos tratados internacionais de direitos humanos, entre eles estão: A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (1979) e duas conferências que mencionam os direitos sexuais e reprodutivos que foram fundamentadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a saber: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (BRASIL, 2013a).

A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres em seu primeiro artigo aponta que a mulher não deve sofrer qualquer tipo de discriminação na sociedade:

Para fins da presente Convenção, a expressão ‘discriminação contra a mulher’ significará toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo (CEDAW, 1979 p.2).

Ademais, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento que ocorreu em 1994 em Cairo, pautou os direitos sexuais e reprodutivos associado aos direitos das mulheres, que buscavam a equidade entre os gêneros baseado nos direitos humanos, tendo o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva como uma das suas metas (VENTURA, 2009).

Nessa conferência, 179 governos, incluindo o Brasil, se comprometeram em promover ações sociais com intuito de proporcionar a igualdade de gênero e uma melhor qualidade de vida para a população (ONU, 2013).

Similarmente, a Conferência Mundial sobre a Mulher que ocorreu em 1995, em Beijing, também tratou de discutir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, mencionando a importância da autonomia das mesmas para com os seus corpos (VENTURA, 2009).

Além desses marcos internacionais, o Brasil também protagonizou a sistematização de alguns documentos legais e históricos de cunho nacional referentes aos direitos sexuais e reprodutivos, entre eles estão: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) de 1984, a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 9.263/96 que trata do planejamento familiar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004 e a Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos do ano de 2005, que serão tratados posteriormente (BRASIL, 2013a).

Na realidade, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher surgiu em 1984 por meio de reivindicações feministas, porém, ainda muito centralizado no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2004a).

Já, a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu quinto artigo afirma que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 2019, p. 17), constando no artigo 196 que:

[...]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 (BRASIL, 2019 p. 153)

A regulamentação do planejamento familiar foi aprovada em 1996 pelo Congresso Nacional e sancionada pelo Presidente da República. Essa lei determina que o SUS, nos níveis primário, secundário e terciário, deve garantir o acesso aos meios de contracepção e concepção, promovendo a integralidade à saúde. Destaca-se que o planejamento familiar pode também ser considerado como direito reprodutivo (BRASIL, 2002a).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que discorre sobre o planejamento familiar designa em seu art. 2º:

Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996 p. 01).

A mesma Lei no artigo 9º menciona também a obrigação do Estado para o planejamento familiar.

Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção (BRASIL, 1996 p. 01).

Agregando valores em relação à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, foi elaborado em 2004 pelo Ministério da Saúde um documento que teve como enfoque a questão de gênero, a saúde integral e a promoção da saúde sexual e reprodutiva (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015).

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, estando em suas diretrizes e ações a ampliação da oferta de métodos contraceptivos; o aumento de ações educativas sobre saúde sexual e reprodutiva, a capacitação dos profissionais de saúde da Atenção Básica etc (BRASIL, 2005).

No ano seguinte, em 2006, a Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos construíram um projeto com princípios jurídicos internacionais com base na violação de direitos referentes à orientação sexual e identidade de gênero. Esses princípios foram elaborados por especialistas em direitos humanos, após uma reunião realizada na Universidade Gadjah Mada em Yogyakarta (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Outro programa similar e importante para a expansão do Planejamento Familiar no Brasil foi a criação do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), colocando a saúde como atributo fundamental e o Programa Mais saúde Direito de Todos, com o objetivo de ampliar a aplicabilidade dos objetivos da criação do SUS (BRASIL, 2008c).

Esses marcos históricos são fundamentais para compreender que a questão da saúde sexual e reprodutiva são direitos humanos e estão pautados dentro das políticas públicas de saúde, devendo ser aplicada sem qualquer tipo de discriminação e preconceito.

## 2.2 MARCOS HISTÓRICOS NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES.

As políticas voltadas para a saúde das mulheres surgiram nas primeiras décadas do século XX, porém, a princípio totalmente direcionadas para o período gravídico puerperal. Posteriormente, outros programas materno-infantis foram elaborados nas décadas de 1930, 50 e 70, contudo, também não abrangendo as mulheres em sua totalidade, mas naquele contexto, impondo-lhes o papel apenas de mãe e cuidadora do lar e dos demais familiares (GARCIA, 2013).

A saúde das mulheres não era contemplada naquele período de forma integral, tendo em vista apenas aspectos biológicos, não envolvendo ainda a conceituação de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que afirmam que saúde não é apenas ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, mental e social (OPAS, 2016).

Outras contribuições teóricas revelam que durante a década de 1950, o Brasil foi influenciado pelo “Estado de Bem-Estar” (Welfare States), que surgiu na Europa, estando entre os objetivos: A oferta pelo Estado de serviços públicos de proteção às mulheres por meio de uma saúde que valorizava apenas os aspectos materno-infantis. Com isso, surgiram nessa época ações voltadas para a diminuição da desnutrição infantil e planejamento familiar (GARCIA, 2013).

Em 1975, a ONU determinou que esse ano fosse o Ano Internacional da Mulher, buscando de forma global minimizar a desigualdade entre os gêneros. Com isso, neste mesmo ano, no México, ocorreu a Conferência do Ano Internacional da Mulher, tendo como objetivo a não discriminação à mulher (GUIMARÃES; NEWTON; BEZERRA, 2017). Sendo considerado um “divisor de águas” para as mulheres, na medida em que:

As resistências no meio da esquerda e da Igreja se amenizavam com o Ano Internacional da Mulher [1975], promovido pela ONU. A ‘rainha do lar’ começa a ceder espaço para a militante também engajada na luta pela redemocratização do país. Os jornais feministas aparecem – Brasil Mulher, Nós Mulheres e Mulherio tiveram grande aceitação. O debate feminista ia se impondo, questionando o relacionamento entre homem e mulher, as discriminações e a violência contra as mulheres (COLLING, 2015, p. 43).

Essa conferência foi uma conquista ímpar das mulheres que reivindicaram seus direitos, com efeito, “Foi a partir dos resultados desses debates nessa reunião da ONU



que em 1980 alguns países, entre eles, o Brasil, modificaram sua Constituição Federal, inserindo direitos constituintes às mulheres” (GUEDES, 2016 p.38).

Nesse mesmo ano, no Brasil, foi criado o programa materno-infantil, visando apenas aspectos da assistência pré-concepcional e gravídico puerperal. Sendo influenciada por entidades internacionais, como a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), porém, esse mesmo programa não obteve êxito, em virtude de seu modelo reducionista e mal articulado (TRINDADE, 2013).

Nota-se então, que as ações para a saúde das mulheres não abordavam fatores sociais e biológicos como influenciadores da saúde, ou seja, as mesmas não eram assistidas em sua integralidade. Convém destacar, que as feministas foram precursoras das mudanças, pois já reivindicavam políticas para a saúde das mulheres de uma forma mais abrangente.

Em 1978 foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, já questionando essa aplicabilidade da saúde de uma forma reducionista, declarando que:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978 p.1)

Embora essa conferência não tratasse apenas dos aspectos da saúde das mulheres, ela foi importante para a inspiração da construção do SUS, principalmente no que diz respeito à ABS.

Durante a década de 1980, no auge do movimento feminista, as ações que envolviam a saúde das mulheres passaram a ser duramente criticadas, visto que não contemplava os seus diversos ciclos da vida das mulheres (GARCIA, 2013).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas (GARCIA, 2013 p.9).

Em virtude dessas reivindicações, em 1984, o governo brasileiro criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Esse programa passou a englobar, não só o pré-natal, parto e puerpério, como também o planejamento familiar, a prevenção do câncer de colo do útero e de mama e ISTs (BRASIL, 2004a).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004a p. 16-17)

Porém, esse programa ainda não contemplava todas as mulheres. Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em articulação com os movimentos sociais e institucionais, incluiu ações envolvendo mulheres rurais, com deficiência, presidiárias, indígenas e lésbicas, visando uma maior inclusão na saúde (BRASIL, 2011a).

Em 2003, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção no SUS (PNH), com a finalidade de garantir a aplicabilidade das diretrizes desse sistema, combatendo assim situações “desumanizadoras” dentro dos serviços de saúde. Essa política também contemplou a saúde das mulheres em seus direitos reprodutivos (BRASIL, 2014).

Com isso, em 2004, surgiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), sendo construído por diversos setores institucionais e de movimentos sociais como “movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais e gestores” (BRASIL, 2004a p. 5). Essa política teve como um dos seus objetivos gerais: “ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2011a p. 67).

Acima de tudo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher visou proporcionar uma assistência mais humanizada e que contemplasse com mais equidade a todas as mulheres, sendo apresentado abaixo algumas das diretrizes norteadoras dessa política:

- O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).
- A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. (BRASIL, 2011a p.63-65).

Nesse sentido, visando à consolidação do SUS, e a promoção de diretrizes operacionais para os Estados e municípios, foi criado por meio da portaria nº 399, o Pacto pela Saúde em 2006, sendo ele dividido em: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto pela Vida foi o que citou especificamente a questão da saúde das mulheres, com os objetivos de promover estratégias para a redução da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero, como também a redução da mortalidade materna e infantil neonatal (BRASIL, 2006).

Dentre os objetivos e metas para o controle do câncer de colo de útero, cita-se a cobertura de 80% para a realização do PCCU e cirurgias para a remoção de lesões do colo uterino. Já para o câncer de mama, uma das estratégias para a redução seria a ampliação em 60% do acesso às mamografias, além da punção, de acordo com o indicativo. Também foi proposta a redução da mortalidade materna em 5% e a garantia de medicamentos para hipertensão durante o parto (BRASIL, 2006).

Para somar forças, em 2013 foi lançado o caderno de atenção básica “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva”, com o intuito de levar uma abordagem mais inclusiva para os serviços de saúde, evidenciando também as diversas formações familiares da sociedade (BRASIL, 2013a).

Após três anos, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, criou em 2016, os “Protocolos de Atenção Básica” voltados para a saúde das mulheres, tendo como objetivo direcionar a assistência nesse setor de saúde, permitindo adaptações de gestores que favorecessem à população, de acordo com a realidade local (BRASIL, 2016).

Em resumo, fazer um resgate histórico de algumas políticas voltadas para a saúde das mulheres, tornou-se importante para a compreensão de como foram construídas as ações de saúde no Brasil. Ressaltando que foram conquistadas por meio das reivindicações de diversos segmentos sociais, principalmente pelos movimentos de mulheres. Entretanto, mesmo vislumbrando todas essas conquistas, ainda é necessário ampliar as discussões sobre as políticas que todas as mulheres desejam.

## 2.3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES LÉSBICAS

Para construção deste item, tornou-se necessário fazer um percurso histórico sobre as condições sociais e políticas que foram determinantes nas reivindicações quanto ao atendimento de saúde das pacientes lésbicas com a finalidade de dar suporte à abordagem proposta por esse estudo.

A partir dos aspectos mencionados acima, soube-se que foi durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, que se passou a discutir a questão de saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) no SUS, sendo acrescentado em suas diretrizes estratégias para a inclusão desse grupo nas políticas de saúde (BRASIL, 2004c).

Em 2004, por meio da PNAISM, pela primeira vez foram mencionadas as lésbicas e mulheres bissexuais como beneficiárias das políticas públicas de saúde no Brasil (RUFINO, 2014). Essa política foi benéfica, pois trouxe a necessidade de se abordar essa temática nos serviços de saúde, quando se evidenciou que:

É preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres, considerando a possibilidade de parte de a clientela ser composta por mulheres que fazem sexo com mulheres. Isso é necessário para que saibam atender às mulheres lésbicas dentro de suas especificidades, e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2011a p. 49).

O ano de 2004 foi palco de grandes conquistas políticas, nele ficou instituído o “Brasil sem Homofobia”, um Programa cujo objetivo “de Combate à violência e a Discriminação LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, foi proposto pela Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República.

Esse programa teve como objetivo central a educação e mudança de comportamento dos gestores em referência a não violência aos LGBTs, tendo os seguintes princípios: a não discriminação pela orientação sexual, pesquisas para servir de embasamento para a criação ou aperfeiçoamento de políticas públicas e a valorização dos direitos humanos desse grupo (BRASIL, 2004b). Neste mesmo ano, foi criado o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT na perspectiva da elaboração de uma política em saúde no âmbito do SUS.

O mesmo sucedeu durante a 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007 onde foi discutida a questão da diversidade nas orientações sexuais, tendo como

eixos os Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI (BRASIL, 2008a).

Dentre os nortes desses eixos que contemplam a diversidade sexual, estava a redução de morbimortalidade por conta da orientação sexual, tal qual o monitoramento via institucional dos direitos sexuais e reprodutivos, que assegurava “sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas” (BRASIL, 2008a p. 21). Outro ponto debatido nesta conferência foi:

Assegurar a gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/ GM nº 675/2006 (BRASIL, 2008a p.23)

Em seguida, outro marco importante foi a criação da I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e transexuais, tendo como tema “Direitos Humanos e Políticas Públicas”, em que também foi debatido o eixo da saúde com indicativos para uma assistência mais inclusiva e livre de preconceitos, por exemplo, assistência ginecológica para as lésbicas e a divulgação da importância da camisinha feminina, com o intuito de “garantir a construção de uma política de produção de insumos adequados para mulheres lésbicas, bissexuais ou mulheres que fazem sexo com mulheres, com objetivo de prevenção das DST/HIV/AIDS” (BRASIL, 2008b p.174 b).

Certamente, aspectos de grande relevância ocorreram nessa conferência, a qual teve os seguintes eixos para a saúde: a distribuição de camisinha feminina e orientação sobre o seu uso; realização de palestras, oficinas e seminários para a qualificação de gestores, profissionais de saúde, gerentes e servidores públicos sobre a temática da saúde LGBT e seus determinantes sociais; ampliar o Programa HumanizaSUS; fortalecer a ABS; assegurar para as lésbicas acesso a terapia de reprodução assistida; implementar políticas específicas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) para lésbicas; propor estratégias para a sensibilização dos profissionais de saúde para as particularidades das lésbicas no

Programa de Saúde da Mulher; promover campanhas nacionais de testagem do vírus da imunodeficiência humana (HIV) para as lésbicas, assim como o de prevenção de câncer de mama e de colo de útero (BRASIL, 2008b).

De modo similar no “Programa Mais Saúde: direito de todos” foram pautadas metas voltadas para a população LGBT, visando à equidade e a diminuição da desigualdade nos serviços de saúde (BRASIL, 2008c). Já a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), também mencionou a importância da equidade na assistência como exemplo de promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Assim, conectados no mesmo propósito e por meio das lutas dos movimentos feministas e LGBT, foi elaborado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde LGBT, em 2013, sendo de extrema importância para compreender as demandas de saúde desse grupo, além de ser um documento que norteia e legitima as “necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2013b p. 6).

Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2013b p. 8).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem como objetivos para esse grupo: qualificar a rede de atenção à saúde; a prevenção de cânceres ginecológicos e de mama; garantir a aplicabilidade dos direitos sexuais e reprodutivos no SUS; inibição de preconceito e discriminação; a promoção do respeito; educação em saúde e uma educação permanente para gestores e profissionais de saúde sem qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2013b). Essa política também aponta as responsabilidades e atribuições das três esferas: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, cuja descrição das competências individuais encontra-se a seguir:

Ao Ministério da Saúde compete apoiar ações nas três esferas; coordenar as pactuações da Comissão Intergestores tripartite (CIT); tornar pública a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; indicar métodos para assegurar os direitos reprodutivos; incluir nos prontuários clínicos indicativos de orientação sexual; elaborar materiais didáticos para a educação permanente, entre outros.

No tocante às Secretarias Estaduais de Saúde, atribui-se promover estratégias para a aplicação dessa política no estado; realizar a pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB); incluir essa política nos Planos Estaduais de Saúde e nos Planos Plurianuais (PPA); promover ações que visem a educação em saúde; etc.

Em relação à competência dos Municípios sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, estão a implementação dessa política; a identificação das demandas desse grupo; a utilização de material didático sobre saúde LGBT; promover educação permanente para os profissionais de saúde; incluir essa política no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, etc.

Por esse motivo, a Política LGBT é um avanço ao proporcionar um debate que aponta o preconceito como um determinante social em saúde quando a dignidade humana é desrespeitada pela homofobia e lesbofobia, levando ao adoecimento e sofrimento (BRASIL, 2013b).

O Ministério da Saúde criou também em 2013 a cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, tendo como intuito incentivar a participação social dessas mulheres no que diz respeito às políticas públicas para esse grupo (BRASIL, 2013c). Essa cartilha é fundamental, pois pode servir como instrumento de auxílio na assistência a essas mulheres.

Conhecer essas políticas é de suma importância para compreender como se configura a questão da saúde pública voltada para as diversas orientações sexuais, incluindo as das lésbicas no Brasil, podendo ser observada a sua aplicabilidade ou não por meio das discussões no resultado dessa pesquisa.

Outro ponto importante para a implementação dessas políticas é compreender de que forma os contextos históricos e sociais, podem interferir na assistência humanizada. Além de proporcionar uma reflexão sobre as práticas durante o atendimento em saúde. Por isso, o próximo tópico contextualiza esse cenário, mostrando que os padrões de comportamento também estão vinculados a fatores históricos.

## 2.4 DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE: COMPREENSÕES GERAIS

Uma das obras utilizadas para a discussão dos resultados dessa pesquisa foi o primeiro volume do livro História da sexualidade, de Michel Foucault, o qual promove uma discussão sobre a sexualidade como um conceito histórico e cultural.

Nesse livro, há uma abordagem de que as relações de pessoas do mesmo sexo, sempre existiram, mudando apenas o significado dessas relações de acordo com a sociedade, seus grupos, a temporalidade e a localização (FOUCAULT, 2012).

A compreensão de como foram construídas as concepções sobre a sexualidade na sociedade é imprescindível para observar como elas vêm sendo aplicadas no cotidiano, sobretudo nos discursos e gestos que são, na maioria das vezes, despercebidos.

O livro História da sexualidade I, de Michel Foucault, relata uma mudança no dispositivo no século XVIII, passando de dispositivo de aliança para um dispositivo de sexualidade (FOUCAULT, 2012). O dispositivo da sexualidade pode-se entender como um discurso, sapiência e relações de poder que tem em vista a normatização, controle dos corpos e de seus prazeres, impondo por meio de valores morais comportamentos que interferem na subjetividade das pessoas.

Na visão de Foucault, é por meio do dispositivo da sexualidade que a família burguesa ganha destaque, como aponta no enunciado abaixo:

Os pais, os cônjuges, tornam-se, na família, os principais agentes de um dispositivo de sexualidade que no exterior se apoia nos médicos e pedagogos, mais tarde nos psiquiatras, e que, no interior, vem duplicar e logo “psicologizar” ou “psiquiatrizar” as relações de aliança. Aparecem, então, essas personagens novas: a mulher nervosa, a esposa frígida, mãe indiferente ou assediada por obsessões homicidas, o marido impotente, sádico, perverso, a moça histérica ou neurastênica, a criança precoce e já esgotada, o jovem homossexual que recusa o casamento ou menospreza sua própria mulher (FOUCAULT, 2012, p. 120).

O filósofo suscitou em sua teoria que essas imposições sobre os indivíduos, ocasionada pela influência do dispositivo da sexualidade, corroborou pela medicalização e higienização dos corpos. Além disso, reforçou que os comportamentos dos casais passavam ingerência com um viés mercantilista visando o aumento ou a diminuição populacional.



Por meio desses moldes, a economia política colocava o sexo como algo a ser observado por uma análise das convenções sexuais (FOUCAULT, 2012). Nesse ressoar, conforme Foucault (2012 p.9-10):

A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. Ao que sobra só resta encobrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos.

O mesmo vale para o confessorário imposto pela igreja católica, desde a Idade Média, onde eram exigidos comportamentos segundo os princípios doutrinários da igreja, os quais provocavam penitência aos que não estavam de acordo com as normas estabelecidas, sendo considerados libertinos e desviantes os que não estavam dentro dos padrões impostos sobre a normalidade.

Há que se considerar, que as relações entre os sexos eram estabelecidas pelo “sistema de matrimônio, de fixação e desenvolvimento dos parentescos, de transmissão dos nomes e dos bens” (FOUCAULT, 2012, p. 115). Esse poder exercido pela Igreja visava o controle e domínio social, baseado em verdade, pautado também em relação às condutas sexuais, quando estabelece que as relações entre homens e mulheres sejam apenas para fins reprodutivos, enfatizando o binarismo e a hegemonia heteronormativa.

O teórico assim acrescenta que só em torno de 1870 a homossexualidade foi alvo de estudo e análises médicas, passando por intervenções e interações com o objetivo de curar o que eles chamavam de “doentes do instinto sexual”, considerando-os como anormal e carnal (FOUCAULT, 2012).

Esse discurso médico sobre a homossexualidade criou manifestações de resistência, fazendo ser necessária a produção de discursos sobre si mesmo, dar visibilidade e voz para suas experiências e vivências, que é o que Foucault sinaliza como essencial para a afirmação dos movimentos homossexuais:

[...] está certo, nós somos o que vocês dizem, por natureza, perversão ou doença, como quiserem. E, se somos assim, sejamos assim e se vocês quiserem saber o que somos, nós mesmos diremos, melhor que vocês. Toda uma literatura da homossexualidade, muito diferente das narrativas libertinas, aparece no final do século XIX: veja Wilde ou Gide. É a inversão estratégica de uma “mesma” vontade de verdade (FOUCAULT, 1996, p. 233).

Nesse discurso de dar voz a quem pode falar por si, destaca-se a discussão sobre a visibilidade lésbica no campo da saúde, abordando a importância da equidade na assistência oferecida pelo SUS, para assim não ocasionar a vulnerabilidade dessas mulheres.

A lesbianidade é uma forma de resistência em uma sociedade falocêntrica e patriarcal, sendo que o discurso sobre a visibilidade dessas mulheres é uma ameaça ao sistema vigente, por conta do poder estabelecido “que são sustentadas por todo um sistema de instituições que as impõem e reconduzem; enfim, que não se exercem sem pressão, nem sem ao menos uma parte de violência” (FOUCAULT, 1996, p. 14).

A repressão sobre a lesbianidade e mais a normatização de comportamentos provocou a invisibilidade lésbica em diversos campos sociais, incluindo os campos acadêmicos de discussão e os da saúde, revelando verdades não sobre o discurso, mas sobre a ausência dele.

## 2.5 (IN) VISIBILIDADE LÉSBICA E RESISTÊNCIA

As mulheres ao longo da história foram marcadas por desigualdades e discriminações em diversas esferas sociais, sendo essas opressões intensificadas quando as mesmas são lésbicas, na medida em que dentro do imaginário da sociedade heteronormativa e patriarcal, elas preterem os papéis atribuídos historicamente às mulheres, o de ser mãe e esposa (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2018).

Assim, a orientação sexual lésbica foi construída em meio à resistência e preconceitos em diversas esferas da sociedade, como exemplo, a das ínfimas políticas para essas mulheres. Por meio dessa invisibilidade, “a subjetividade lésbica, portanto, é interseccionada pelo sentimento de rejeição e inconformismo, o que fez com que suas lutas vocalizassem a favor da sua aceitação” (LIRA; MORAIS; BORIS, 2016 p.23).

Chama atenção a luta pelos direitos das lésbicas que é notória quando se discute a falta de inserção das suas demandas nas políticas públicas de saúde, assim como a escassez de dados sobre suas pautas. Destaca-se que “a invisibilidade das pautas e o desconhecimento generalizado das demandas lésbicas não significa ausência de lutas” (SOARES; DIAS; PERES, 2018 p. 41). Pelo contrário, já demonstra que o movimento de lésbicas está atento para suas necessidades, quando o mesmo reivindica a sua inserção no campus das políticas públicas.

Verifica-se, portanto, quando se discute a invisibilidade de lésbicas, deve-se levar em consideração o contexto histórico da discriminação que elas sofreram por serem mulheres, e por se oporem a heteronormatividade (OLIVEIRA; MESQUITA, 2018).

A heteronormatividade é uma norma que influencia e impõe padrões de comportamento, valores e princípios, quando afirma que a heterossexualidade é o único dispositivo considerado legítimo, instituindo que as outras formas de relação são consideradas não naturais. Essa imposição de um comportamento sexual único faz com que ocorra exclusão dos que se opõem a essa padronização em diversos setores sociais, como os da saúde (PERUCCHI; BRANDÃO; VIEIRA, 2014).

Essas imposições sociais podem provocar o distanciamento das LGBTs dos serviços de saúde. Isso em decorrência dessas influências heteronormativas na assistência, que são ocasionadas devido ao preconceito e a discriminação, assim como pela falta de capacitação dos profissionais que atuam dentro dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2018).

Foucault (2012) expressa que a sexualidade é um dispositivo histórico que se constituiu e se formou por questões culturais e sociais através de discursos reguladores e normalizadores sobre o sexo, quando afirma que esse discurso do que é normal e aceito é produzido não apenas pelas instituições, mas pela sociedade, a qual insere esses pensamentos em suas rotinas.

Em que pese às relações hierárquicas, desde o século XVII a homossexualidade e a sexualidade de mulheres são vistas como perversões sexuais, tendo esse discurso vinculado às práticas normativas e técnicas de poder que influenciam no comportamento desses grupos (FOUCAULT, 2012).

Diante disso, constata-se que uma das influências mais constantes é a heteronormatividade na assistência, acrescida pela falta de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a saúde das lésbicas, ambas advindas desde a base da formação que privilegiam a heterossexualidade como padrão normativo, provocando percepções errôneas de profissionais como os da enfermagem, além de não proporcionar discussões baseadas em evidências clínicas (ZUZELO, 2014).

Estabelecendo relações, existe outro fator de contribuição para a invisibilidade lésbica, trata-se da heterossexualidade compulsória, que é um sistema de controle de padrões dos corpos, que impõe a heterossexualidade como uma norma a ser seguida. Rich (2010) traz para a discussão a imposição e consequências desse padrão de

comportamentos para a vida das mulheres, principalmente das lésbicas, quando elucida que:

A existência lésbica inclui tanto a ruptura de um tabu quanto a rejeição de um modo compulsório de vida. É também um ataque direto e indireto ao direito masculino de ter acesso às mulheres. Mas é muito mais do que isso, de fato, embora possamos começar a percebê-la como uma forma de exprimir uma recusa ao patriarcado, um ato de resistência. (RICH, 2010, p. 36).

Entretanto, não há nenhuma dúvida que esse ato de resistência faz com que a lésbica além de sofrer opressão por ser mulher, ainda sofra influência da heterossexualidade compulsória, sendo considerada desprezível em vista de sua orientação sexual, tendo como consequência a privação do seu direito de manifestar o desejo por outra mulher em diversos setores como aponta a autora:

Uma lésbica “no armário”, devido ao preconceito heterossexista no trabalho, não é simplesmente forçada a negar a verdade sobre suas relações no mundo exterior ou na sua vida privada. Seu emprego depende de que ela finja ser não apenas heterossexual, mas também uma mulher heterossexual em termos de seu vestuário, ao desempenhar um papel feminino, atencioso, de uma mulher “de verdade” (RICH, 2010, p. 28).

Soares (2015) ressalta que na heterossexualidade compulsória as pessoas só são consideradas normais quando as mesmas são heterossexuais, as que rompem com esses padrões são consideradas antinaturais.

Esses padrões impostos socialmente repercute também no campo institucional, por meio da discriminação nos serviços de saúde, manifestados pelos estereótipos do que é normal e aceito dentro da sociedade (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Fica explícito, que o preconceito e discriminação contra as lésbicas ocorrem em diversos setores sociais como o familiar, o local de trabalho, sendo também vítimas de pessoas desconhecidas, em virtude da sua orientação sexual (LIRA; MORAIS; BORIS 2016 p.23).

Por essa perspectiva, a constante violência de gênero que acomete as lésbicas também ocorre por elas não seguirem o padrão heteronormativo imposto pela sociedade, proliferando como um dos seus atenuantes as ofensas e ameaças que ocorrem no cotidiano das mesmas (DANTAS, et al., 2016).

Para exemplificar, uma pesquisa realizada nas Unidades Básicas de Saúde no Piauí constatou que a falta de acolhimento nos serviços de saúde é uma das principais barreiras para uma assistência (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018).

Para pessoas com orientação sexual diferente da heterossexual, como lésbicas, gays e bissexuais, assim como pessoas com identidade de gênero não hegemônicas, como travestis e transexuais, tais barreiras são ainda mais acentuadas, como mostra um estudo na cidade de Cajazeiras, na Paraíba, que revelou que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBTT) vivenciavam constrangimento na assistência dos profissionais de saúde (OLIVEIRA et al., 2018).

Por isso, para uma assistência mais eficaz, sinaliza-se a importância de criação de protocolos e normas para servir como instrumentos no atendimento à saúde das lésbicas (MASSIGNAM; BASTOS; NEDEL, 2015).

Os estudos de Colpitts e Gahagan (2016) foram desenvolvidos em concordância sobre a importância da humanização no atendimento para buscar uma transformação no cenário da saúde, visando políticas e uma assistência que promovam estratégias para proporcionar uma melhor qualidade de vida.

A promoção de estratégias distingue-se, principalmente porque um cuidado que vise o respeito é essencial, até mesmo, para a valorização da enfermagem, pois a mulher quando for acolhida de forma humanizada, passa a lembrar desses profissionais como um apoio para a melhoria da sua qualidade de vida e, conseqüentemente, as aproxima dos serviços de saúde (FORNARI, et al., 2014).

### 3 CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. Na definição proposta por Diehl e Tatim (2004), a pesquisa exploratória busca uma maior proximidade com a temática a ser estudada, com o objetivo de compreender e tornar mais evidente o fenômeno investigado. O estudo exploratório segundo Prodanov e Freitas (2013) tem a seguinte finalidade:

Proporcionar mais informações sobre o assunto que vamos investigar, possibilitando sua definição e seu delineamento, isto é, facilitar a delimitação do tema da pesquisa; orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir um novo tipo de enfoque para o assunto. Assume, em geral, as formas de pesquisas bibliográficas e estudos de caso (PRODANOV; FREITAS, 2013 P.51-52).

A pesquisa qualitativa, por sua vez, é direcionada para a interpretação, tendo como enfoque o objeto do estudo e as questões norteadoras, sendo utilizados para a análise dos dados. Para esse tipo de estudo, os elementos “são os discursos, e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem” (BRASIL, et al., 2018 p. 22). Esses mesmo autores ainda sinaliza que:

A pesquisa qualitativa, nessa não linearidade, possibilita que o investigador faça uma imersão na realidade (ambiente natural) e produza sobre este uma perspectiva interpretativa. Ademais, seu caráter exploratório e indutivo inclui aspectos subjetivos, atingindo motivações não explícitas e levando em consideração valores, crenças, ética e cultura (BRASIL, et al., 2018 p.22).

Esses estudos são eficientes para analisar as condições sociais dos sujeitos da pesquisa, podendo por meio dele, explorar temas que são poucos abordados (KERR; KENDALL, 2013).

#### 3.2 CENÁRIOS DA PESQUISA

Essa pesquisa foi realizada no município de Belém, no Estado do Pará. Em 2018, esse Estado já soma um número de 8.513.497 habitantes e é considerado o nono mais populoso do Brasil. Já a população da referida capital é de 1.452.275 habitantes, sendo apontado como o 12º município com o maior número populacional do país e o segundo da região Norte (IBGE, 2017).

Os locais definidos para a realização da pesquisa foram uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Municipal de Saúde (UMS), de cada um dos Distritos Administrativos do Município de Belém.

O município de Belém possui atualmente 08 distritos, que são: Distrito Administrativo de Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo de Outeiro (DAOUT), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO), Distrito Administrativo do Benguí (DABEN), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo da Sacramento (DASAC), Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), apresentados no apêndice A (PREFEITURA DE BELÉM, 2017a).

O local específico de cada distrito foi definido aleatoriamente por sorteio, utilizando o programa *Minintab 18*, sendo elencadas uma UBS ou UMS de cada distrito para a realização da pesquisa.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde que compõem o município, apenas 07 apresentam esses serviços de saúde, ficando de fora o Distrito Administrativo de Belém (DABEL). Sendo representado no apêndice B, contendo o nome do local e o tipo de atendimento oferecido em cada um desses distritos (PREFEITURA DE BELÉM, 2017b).

### 3.3 PARTICIPANTES

Enfermeiros(as) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde nos programas do Ministério da Saúde direcionado à saúde das mulheres. Os critérios de exclusão foram enfermeiros(as) de férias ou licença e os que atuavam em programas não voltados para a saúde sexual e reprodutiva.

Participaram da entrevista um total de 13 enfermeiros(as), que foram receptivos e a maioria manifestou interesse ao tema, quando lhes foi apontada a importância dessa análise para as práticas de cuidado em enfermagem, principalmente na Atenção Básica em Saúde, que é o local mais próximo da população e que tem como sua matriz principal a prevenção das doenças e a promoção da saúde.

É necessário o esclarecimento de que, a priori, foi consultado um total de 23 enfermeiros(as) para a realização da pesquisa. No entanto, 10 não estavam de acordo com os critérios de inclusão, resultando em 13 enfermeiros(as) entrevistados(as), cujas quantidades por Distrito, estão apresentadas abaixo, na tabela 01:

TABELA 1-Número de enfermeiros(as) identificados (as) por distrito administrativo de Belém.

DISTRITOS	NÚMERO DE ENFERMEIROS (AS)
DAMOS	03
DAOUT/DAICO	05
DABEN	03
DAENT	04
DASAC	05
DAGUA	03
TOTAL	23

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2019.

Para uma melhor caracterização desses profissionais, utilizaram-se duas tabelas. A primeira informa o gênero, idade, religião e orientação sexual. A segunda, o tempo de serviço na UBS, tempo de formado, local de formação, além de títulos de pós-graduação *lato sensu* e *Scripto sensu*.

A Tabela 02 se refere aos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa revelando os seguintes dados: 84,6% dos participantes da pesquisa são mulheres, 15,4% homens, 100% dos participantes se referiram como heterossexuais. Dentre as religiões, 23 % disseram não ter religião, 15,4% relataram ser adventista, 38,5% católicos, 7,7% espíritas e 15,4% evangélicos. A maioria dos participantes tem idade superior a 30 anos.

TABELA 2-Dados sociodemográficos e pessoais dos (as) participantes da pesquisa

<b>Sujeito</b>	<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Religião</b>	<b>Orientação Sexual</b>
01	Masculino	44	Sem religião	Heterossexual
02	Feminino	38	Adventista	Heterossexual
03	Feminino	53	Católica	Heterossexual
04	Feminino	46	Sem religião	Heterossexual
05	Masculino	39	Católico	Heterossexual
06	Feminino	31	Espirita	Heterossexual
07	Feminino	30	Evangélica	Heterossexual
08	Feminino	27	Sem religião	Heterossexual
09	Feminino	32	Católica	Heterossexual
10	Feminino	39	Católica	Heterossexual
11	Feminino	33	Católica	Heterossexual
12	Feminino	52	Adventista	Heterossexual
13	Feminino	60	Evangélica	Heterossexual

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2019.

A tabela 03 demonstra que 38,5% tinham até um ano de tempo de serviço na UBS; 61,5% acima de 05 anos de trabalho desenvolvido na Atenção Básica. Sobre o tempo de formados, 38,5% disseram ter mais de 20 anos; 23% mais de 10 anos e



38,5% até 10 anos de formados. Em relação ao local de formação, 53,8% cursaram instituição pública e 46,2% faculdades particulares.

Sobre as pós-graduações apenas 01 (7,7%) obteve título de especialização em saúde da família e 02 (15,4%) concluíram especialização em uma área que se refere especificamente à saúde da mulher. Nenhum dos participantes cursou pós-graduação *Scrito sensu*.

TABELA 3-Dados profissionais dos (as) participantes da pesquisa

Sujeito	Tempo de Serviço	Tempo de Formado	Local de Formação	Pós-graduação
01	15 anos	20 anos	UEPA	Nenhuma
02	20 anos	20 anos	FAMAZ	UTI-NEO-ADULTO
03	17 anos	26 anos	UFPA	Saúde Pública
04	06 anos	21 anos	UFPA	Saúde Pública e Saúde da Família
05	05 anos	11 anos	UEPA	Nenhuma
06	05 anos	07 anos	UEPA	Enfermagem Do Trabalho
07	01 mês	03 anos	ESMAC	Urgência e Emergência
08	9 Meses	03 anos	UNAMA	Obstetrícia e Ginecologia
09	08 meses	10 anos	ESAMAZ	Gestão e Atenção Primária
10	01 ano	05 anos	UNAMA	Urgência e Emergência e Oncologia
11	02 meses	9 meses	CESUPA	Aleitamento Materno e Gestão e auditoria.
12	17 anos	18 anos	UFPA	Nenhuma
13	32 anos	33 anos	UFPA	Obstetrícia

Fonte: Dados da Pesquisa, Belém (PA), 2019.

Nota: O participante 02 da pesquisa tem 15 anos de serviço na Atenção Básica como técnico de enfermagem e 05 anos como enfermeiro, também na Unidade de Básica de Saúde.

### 3.4 COLETAS DE INFORMAÇÕES

A coleta de dados foi realizada no local escolhido pelos participantes da pesquisa, sendo o espaço de trabalho de cada um deles. Além do mais, a pesquisadora tomou os devidos cuidados para a preservação da identidade dos participantes.

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico, seguido de um roteiro de entrevista semiestruturado. O questionário e o roteiro da entrevista constam nos apêndices C e D.

Para Minayo (2013), a entrevista semiestruturada é um diálogo que visa alcançar o objetivo da pesquisa. A entrevista semiestruturada pode conter perguntas

fechadas e abertas, o que proporciona ao pesquisador uma maior investigação sobre o tema.

Após a explanação da pesquisa para os participantes, onde foram explicados os objetivos e a importância desse estudo, foi solicitada a autorização por escrito através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a gravação das entrevistas.

### 3.5 CAMINHOS DA PESQUISA

Em todas as Unidades Básicas de Saúde, o primeiro passo foi dirigir-se à secretaria para entregar a carta de autorização da SESMA e explicar a pesquisa para os gestores ou secretários dessas unidades. Todos os gestores foram solícitos e informaram o número de enfermeiros(as) que trabalhavam naqueles locais e disseram que programa cada um deles prestava assistência. Outras informações foram sobre os turnos que os enfermeiros(as) atuavam e os que estavam de licença ou férias.

Com todos os enfermeiros(as) houve inicialmente um diálogo, sendo explicado detalhadamente o objetivo da pesquisa, a importância do tema para o crescimento da enfermagem e o benefício dessa temática, assim como foi informado que suas identidades não seriam reveladas. Foi esclarecido que a pesquisa já havia sido autorizada pelo comitê de ética em pesquisa, pela Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e pelos gestores do serviço, mostrando com isso a seriedade desse estudo e garantindo confiabilidade para os participantes.

A seguir, apresenta-se a coleta de informações divididas pelos distritos selecionados para o presente estudo.

#### 3.5.1 Distrito Administrativo do Guamá-DAGUA

A primeira Unidade de saúde visitada foi a do DAGUA, onde eram lotadas 03 enfermeiros(as) e todos(as) estavam de acordo com o critério de inclusão da pesquisa. Nesse local trabalha apenas um enfermeiro(a) pela manhã e dois à tarde. Em conversa pessoal com o enfermeiro(a) da manhã, ele informou o contato de telefone dos enfermeiros(as) do turno da tarde. Um desses profissionais que de início aceitou ser entrevistado, posteriormente, enviou mensagem informando que não se

sentia seguro para participar da pesquisa e, assim, permanecendo somente os outros dois que marcaram a entrevista para a semana seguinte. A entrevista foi realizada no final da tarde no consultório de enfermagem, horário e local escolhido por eles, devido à demanda de pacientes ser menor do que em outros horários.

### 3.5.2 Distrito Administrativo da Sacramento – DASAC

Neste local trabalham 05 enfermeiros(as), 04 pelo período da manhã e 01 à tarde. No primeiro dia de visita a essa unidade, foi conversado com os 05 enfermeiros(as) sobre a pesquisa, porém constatou-se que 02 não estavam de acordo com os critérios de inclusão. Após esse primeiro contato, foi feito o agendamento para dias posteriores, de acordo com solicitação de cada participante. Todas as entrevistas foram realizadas na própria unidade de saúde onde eles trabalhavam, tendo sido duas realizadas no final da manhã dentro dos consultórios de enfermagem. Apenas um enfermeiro(a) solicitou a entrevista para as 7 horas da manhã, pois nesse dia o consultório que trabalhava seria utilizado para a coleta de exames, por esse motivo, a entrevista teve que ser realizada no auditório da unidade de saúde.

### 3.5.3 Distrito Administrativo de Mosqueiro- DAMOS

A unidade de saúde desse distrito foi o terceiro local a ser visitado e o que demandou mais tempo para a realização da pesquisa, principalmente devido à distância geográfica em comparação as outras unidades de saúde.

Foram 03 visitas nesta unidade. Na primeira, somente para informar à secretaria sobre a pesquisa, sua importância e objetivos. Após contato com o assistente social, neste mesmo dia, ele se comprometeu de informar no dia posterior, via telefone, os nomes das enfermeiros(as) e os horários que eles(as) trabalhavam.

Durante o segundo dia de visita, houve a conversa com um enfermeiro(a) que agendou a entrevista para outro dia, no entanto, no dia agendado não foi possível atender. Outro enfermeiro(a), previsto para entrevista no mesmo dia, não compareceu.

Então, somente no terceiro dia de visita pôde-se realizar a entrevista agendada e ainda houve a oportunidade de dialogar com outros dois enfermeiros(as), um aceitou

ser entrevistado nesse dia e o outro não estava dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. As duas entrevistas foram realizadas dentro do consultório de enfermagem da unidade de saúde.

#### 3.5.4 Distrito Administrativo do Entroncamento- DAENT

Na visita, o gerente informou que naquele local trabalhavam 04 enfermeiros(as). Nesse mesmo dia foi possível conversar com um enfermeiro(a) que aceitou ser entrevistado. A entrevista foi realizada no final da manhã, no interior de um auditório, visando a segurança e privacidade do profissional.

Fez-se ainda, neste local, uma segunda visita para conversar com as outras duas enfermeiras ali lotadas, uma delas, justificou que não desejava participar da pesquisa porque já estava se aposentando e que deixaria a cargo das enfermeiras mais novas essa entrevista.

A terceira enfermeira agendou para outro dia, em um horário em que, segundo ela, haveria uma demanda menor de pacientes. A entrevista então foi realizada no próprio consultório que a mesma atendia. O quarto enfermeiro da Unidade não estava de acordo com os critérios de inclusão deste estudo.

#### 3.5.5 Distrito Administrativo do Benguí-DABEN

Nessa unidade de saúde, tomou-se conhecimento de que possuía 03 enfermeiros(as), no entanto, um não estava de acordo com o critério de inclusão e o outro estava de férias. Portanto, foi realizada a entrevista com um único enfermeiro(a) no segundo dia de visita, pois o primeiro dia foi dedicado a informá-lo sobre o assunto e, após sua permissão, fazer o agendamento do retorno para o dia seguinte e assim, conforme o combinado, a entrevista foi realizada no consultório de enfermagem, no período da manhã.

#### 3.5.6 Distrito Administrativo de Outeiro-DAOUT

A visita e a entrevista nesse local foram realizadas no mesmo dia. A unidade desse distrito contém 03 enfermeiros(as) lotados, porém um não estava de acordo

com o critério de inclusão. Os outros dois foram entrevistados cada uma em seu consultório, quase no final da manhã.

### 3.5.7 Distrito Administrativo de Icoaraci –DAICO

A unidade desse distrito conta com apenas 02 enfermeiros(as), mas apenas um estava de acordo com o critério escolhido. Após o término da consulta com esse enfermeiro(a), foi apresentada a pesquisa e a/o profissional autorizou sua realização no mesmo dia. O local escolhido foi o consultório em que ele atendia os pacientes.

## 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A Análise dos dados foi realizada após as entrevistas e as conversas gravadas foram descritas na íntegra no programa *Microsoft Word 2013*, sempre preservando a identidade dos(as) participantes da pesquisa. Depois, foi feita uma leitura exaustiva para elencar os discursos que seriam mencionados na discussão.

Foi realizada a análise de conteúdo de acordo com a estrutura proposta por Bardin (2011), perpassando pelas etapas de pré-análise, exploração do material, o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na definição proposta pela referida autora, a pré-análise é a fase inicial que propõe a organização do objeto a ser estudado por meio da sistematização das ideias iniciais, buscando o desenvolvimento da pesquisa por meio de um plano de análise. Para essa fase elaborou-se um quadro analítico para visualizar melhor as falas dos participantes e definir as categorias, contendo o pseudônimo do sujeito da pesquisa, a fala completa, a frase de destaque utilizada para a discussão e a categoria que ela seria incluída. Quadro exposto no apêndice E.

Enfatiza-se que essa fase é constituída por três momentos: “a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final” (BARDIN, 2011 p. 125). Logo, a exploração do material ou a escolha do documento foi elencada a partir dos discursos dos participantes do estudo. Para essa etapa foi listado os discursos na íntegra de acordo com os objetivos desta pesquisa.

Durante a fase inicial, a chamada leitura “flutuante”, foi realizada a leitura dos discursos transcritos dos(as) enfermeiros(as) através de uma leitura minuciosa, para depois ser feita a escolha das falas a serem analisadas, enquadrando-as em categorias, utilizando também a regra da exaustividade, que busca abranger todos os registros encontrados na pesquisa (BARDIN, 2011). Após essas leituras minuciosas, o quadro analítico foi preenchido com o pseudônimos numéricos dos(as) participantes da pesquisa e as suas falas completamente na íntegra.

Na pré-análise, foram identificados os índices que contribuiriam para a elaboração de indicadores, colaborando para a construção de categorias, ou seja, por meio da leitura minuciosa e exaustiva, agregaram-se as palavras ou temáticas mais abordadas nos relatos dos participantes da pesquisa. Durante essa etapa, definiram-se as frases de destaque para posteriormente elencar as categorias de discussão e análise.

A exploração dos discursos foi realizada de acordo com as definições estabelecidas na pré-análise, pois Bardin (2011 p. 131) sinaliza que “a fase da análise propriamente dita não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas”. Além de perpassar fundamentalmente pela codificação, decomposição ou enumeração de acordo com os critérios instituídos. Posteriormente, fez-se a codificação que é a classificação e a agregação, ou seja, a escolha das categorias

Enfim, a fase do tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação consistiu em definir quais discursos seriam apresentados nos resultados e discussões, agrupando às informações e conteúdos semelhantes, para a análise dos relatos dos participantes em suas respectivas categorias.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para sua realização, o estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e posteriormente submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará (UFPA), com o número do CAAE: 90860018.3.0000.0018 respeitando a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Após a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), recebeu parecer favorável no dia 29 de junho de 2018.

Assim como, foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) no dia 10 de julho de 2018 sendo autorizada pelo Núcleo de Educação

Permanente em Saúde, do Município de Belém-Pa, para ser realizada a pesquisa de coleta de dados, para o referido estudo, no dia 03 de agosto de 2018.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), exposto no apêndice F, no qual a pesquisadora assumiu a responsabilidade sobre as informações recebidas ou obtidas em gravações de voz e outros meios, relativas aos sujeitos da pesquisa. Para tanto, o Termo de Confidencialidade respeitou as normas internas das instituições onde foram realizadas as pesquisas.

Os resultados foram apresentados preservando a identidade dos(as) servidores por meio de pseudônimos, utilizando codificação por ordem numérica dos entrevistados. Possibilitando com esses cuidados, garantir o mínimo de riscos, tanto individual como coletivo, assegurando que danos aos serviços e aos trabalhadores seriam evitados.

Os locais definidos em sorteio não foram revelados, visto que alguns participantes solicitaram durante a entrevista essa garantia, e mais ainda, pelo fato de algumas unidades de saúde possuírem apenas um enfermeiro do sexo masculino, e isso, com certeza facilitaria a identificação desses profissionais.

### 3.8 RISCOS

Como já foi pontuado anteriormente, a pesquisa foi desenvolvida com risco mínimo aos participantes, com esse intuito, foram tomados os cuidados necessários para a proteção, confidencialidade e privacidade dos sujeitos da pesquisa, por meio de identificadores que mantivessem preservados seus nomes.

Além disso, a pesquisa respeitou os posicionamentos dos participantes e evitou juízo de valores pessoais à exposição dos(as) entrevistados(os), visando não provocar qualquer tipo de constrangimento ou desconforto.

### 3.9 BENEFÍCIOS

O conhecimento gerado por essa pesquisa beneficiará a comunidade como um todo, a partir de melhorias na assistência que serão consolidadas por intermédio de indicativos propostos por meio das discussões sobre a temática.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a realização das entrevistas foi construído um quadro analítico com intuito de obter uma melhor visualização e compreensão dos dados encontrados, facilitando a categorização dos discursos dos participantes da pesquisa. Dessa forma, após a audição e leitura das entrevistas elencou-se quatro categorias para apresentar e discutir os discursos dos(as) enfermeiros(as). A primeira categoria faz discussão dos estereótipos envolvendo a lesbianidade; a segunda categoria apresenta a necessidade de formação e capacitação; a terceira categoria elucida sobre a saúde sexual; e a quarta discute sobre a saúde e os direitos reprodutivos.

### 4.1 “A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE

Foucault (2012) relata que as pessoas que não se encaixam nos padrões estabelecidos socialmente são estereotipadas como anormais, podendo ser excluídas e marginalizadas. Quem rompe o padrão socialmente estipulado é considerado um perigo para a conservação da ordem social.

Ora, o padrão de normalidade passou a ser definido segundo valores burgueses e capitalistas, por meio do dispositivo da sexualidade, que definia padrões que visavam à divisão entre homem e mulher e legitimava apenas as práticas sexuais heterossexuais (FOUCAULT, 2012).

Articula-se, em outros estudos, que o estereótipo está dentro de uma concepção normativa, que influencia os pensamentos e compreensão dos indivíduos, causando o preconceito. Crochik (1995), por exemplo, aponta que o preconceito pode se exteriorizar individualmente, mas que ele é sempre influenciado por uma questão cultural.

Situados na mesma linha, muitos estudiosos cogitam que um dos influenciadores da estereotipização é a mídia, quando coloca em suas publicidades ou novelas padrões de comportamentos para gays e lésbicas, contribuindo para que alguns trejeitos sejam considerados comuns nesses grupos (SOUSA, 2009).

Consequentemente, a influência desses estereótipos acomete também as lésbicas, que geralmente são veiculadas pela sociedade como produtos pornográficos, aberrações, heterossexuais frustradas e até mesmo como “machonas”



ou masculinas (TOLEDO; TEIXEIRA, 2011). Esse estereótipo, lido como masculino, ficou evidenciado em algumas falas dos participantes dessa pesquisa:

*[...] A própria maneira de agir, também em alguns casos, mas algumas vezes são bem discretos que não dá pra perceber assim de uma forma visual, de uma forma das características das condutas da pessoa (01).*

*[...] Às vezes, pela própria postura, já tem uma identificação com o gênero masculino, né? (04)*

*[...] a gente sabe que algumas lésbicas hoje que tem aquele padrão meio estereotipado já tendendo para o masculino (04)*

*[...] Então, teve um caso, que foi um casal de lésbica, que o homem da história... quando a gente olhou a identidade dela, ainda tava a foto com ela de cabelo grande, toda de maquiagem e de brinco ...ai a gente olhou... você é a dona e tal, e ela disse “sou eu”, ela tava de cabelo curto, tava vestida que nem homem, entendeu? (07)*

*[...] Eu acho que a lésbica é mais pelo modo de ser, a gente julga muito as pessoas, olhou acha que é, é tipo isso, mas a gente não pergunta que é ou que não é, porque a gente não sabe com ela vai receber (07)*

*[...] Uma das moças que eu atendi parece um homem, se eu olhar de noite é um rapaz, o trabalho dela é metalúrgico... (12)*

De acordo com as falas dos participantes da pesquisa, notou-se o estereótipo utilizado para identificar as lésbicas nos serviços, colocando-as como aquelas que tentam inserir-se no comportamento masculino socialmente aceito. Esse padrão traz para a discussão as concepções do que é ser homem ou mulher na sociedade. Para as mulheres são atribuídos comportamentos de subordinação por meio da imposição de estereótipos do que é ser mulher, que são influenciados historicamente pela sociedade patriarcal.

Na prática, esses padrões de conduta tornam-se mais profundos quando direcionado às mulheres não heterossexuais (SOUSA, 2018). Segundo Junqueira (2009b), preconceitos e discriminações a partir de comportamentos, vestimentas etc, são formas de homofobia.

Melo (2010) relata que muitas lésbicas se sentem excluídas dos serviços de saúde, pois muitos profissionais as apontam como menos mulheres, principalmente quando as mesmas não estão dentro do padrão de feminilidade socialmente estabelecido, outras são desacreditadas em relação a sua orientação sexual, mesmo quando procuram manter-se dentro desse padrão.

Destaca-se que as lésbicas não são um grupo único e que têm as mesmas inquietações e pensamentos, pois dentro da particularidade existem especificidades

individuais. Por isso, Lévinas (2004) considera que a peculiaridade de cada um não pode ser entendida como totalidade, ou seja, as pessoas não são iguais, os pensamentos divergem, os contextos históricos, sociais, afetivos de cada um perpassam por diferenciações.

Barbosa e Facchini (2009 p. 296) também apontaram essas características entre as lésbicas:

Não só a presença de atributos externos ou de posturas corporais, auto-referidas como “masculinizadas”, como também atributos corporais expostos pelo exame ginecológico, são percebidos como sinais capazes de denunciar uma sexualidade “desviante”. Não seria necessário, portanto, o relato verbal para que o profissional conheça a orientação sexual da mulher ou saiba que há algo “diferente” com sua sexualidade. Se para um grupo de mulheres tais aspectos adquirem relevância a ponto de impedir a procura e a realização de exames e procedimentos que envolvam a exposição do corpo, para outras entrevistadas tais aspectos constituem os motivos que levam ao relato de sua orientação sexual ao profissional de saúde (BARBOSA; FACCHINI, 2009 p. 296).

Nesse discurso dos padrões de comportamento, algumas falas abordaram esse padrão de normalidade, sendo observada a influência da heteronormatividade que abrangem os pensamentos de alguns profissionais de saúde, como destacados abaixo:

*[...] Então ela ia ser atendida normalmente pela nossa casa, como uma paciente normal, mesmo como paciente de TB, como de hanseníase, como todos os outros casos (02)*

*[...] Fazer a mesma orientação que eu faço com um casal normal (12)*

*[...] A pessoa normal eu não pergunto, só se ela vier e me disser, entendeu? (12)*

Essas falas trazem à tona para a discussão e reflexão do que é considerado normal dentro dos serviços de saúde ou na sociedade. Então, questiona-se: de onde surgiu esse padrão de normalidade que é reproduzido também nas práticas da assistência à saúde?

Nessa medida, as normas sociais heteronormativas validam padrões socialmente impostos em relação ao sexo, corpo e questões culturais, que determinam dentro das instituições as formas de assistência (SANTOS; GOMES, 2016). Para Colling (2015, p. 24), “no senso comum as pessoas ainda acreditam que ser normal e sadio é ser hétero”. Tal concepção faz com que o sistema heteronormativo seja o único socialmente aceito.

Conforme já dito, a relação entre profissional de saúde e usuária é influenciada pelos padrões impostos aos corpos, denominado por Foucault (2012) como biopoder,

o qual emerge, permitindo que essa normatização venha influenciar nas concepções de gênero e sexualidade. Estabelecendo relações, Furtado e Camilo (2016) sinalizam a questão do biopoder segundo a visão de Foucault:

No conjunto dessas reflexões inscrevem-se as análises de Foucault sobre o biopoder, conceito pelo qual ele entenderá as práticas, surgidas no ocidente moderno, voltadas à gestão e regulação dos processos vitais humanos. O poder sobre a vida instala-se como modo de administrar populações, levando em conta sua realidade biológica fundamental. Através dele, estabeleceu-se em nossas sociedades, desde o século XVII, um contingente significativo de conhecimentos, leis e medidas políticas, visando ao controle de fenômenos como aglomeração urbana, epidemias, transformação dos espaços, organização liberal da economia (FURTADO; CAMILO, 2016).

Na linha de evolução, dentre as influências sobre os corpos está a heteronormatividade que está vinculada ao padrão biológico “*mediante concepções que foram sendo construídas historicamente e incorporada aos contextos feminino e masculino*” (LÚCIO, et al., 2018 p. 536).

Tais aspectos construtivos referentes à heteronormatividade dentro da assistência de enfermagem, também ocorrem quando é prestada uma assistência que não leva em consideração os diversos tipos de orientações sexuais, como por exemplo, as lésbicas, identificando todas as mulheres como heterossexuais.

Esse padrão normativo determina o que é considerado normal e natural, em qualquer campo social, designando estereótipos e comportamentos para as pessoas, influenciando sobre condutas no que diz respeito aos gêneros, sexo e sexualidade (WATANABE; RODRIGUES, 2018).

Outro aspecto dessa dimensão que se deve destacar é que muitas lésbicas resistem a cultura heteronormativa quando assumem oposição a essa norma imposta por convenção na sociedade (RICH, 2010).

A afirmação acima revela que o padrão de normalidade é voltado para as relações entre homens e mulheres, deixando de fora outras relações não heterossexuais. Essa norma é advinda de questões históricas, políticas e sociais que influenciam no cotidiano das pessoas, como exemplo, cita-se que muitas mulheres tentam se adequar ao modelo aceito pela sociedade para não serem vítimas de violência.

A mesma abordagem também contempla outro tipo de heteronormatividade que é a institucional, podendo ser considerada responsável pelo atendimento discriminatório e preconceituoso nos serviços de saúde, proporcionando o

afastamento de muitos desses usuários e, com isso dificultando a promoção da saúde (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Em outras palavras, esses padrões heteronormativos na assistência foram observados em algumas das falas dos participantes da pesquisa, quando as orientações sobre a saúde eram vinculadas às relações heterossexuais ou destacando apenas o fisiológico, como nos seguintes fragmentos:

*[...] Nessa parte nós trabalhamos mais na parte das orientações da sexualidade em termo de doença sexualmente transmissíveis, quais são os métodos, quais são os exames que devem ser feitos, então a gente acaba que orientando o sexo homem ou mulher (05)*

*[...] Não é abordado, não da forma que deveria é muito sistemático, o pré-natal ele é baseado naquela relação que você julga que é uma relação hetero, se quer (não) perguntamos se a parceira se é do mesmo sexo ou não, eu acho que é pouco abordado, nem é abordado. (06)*

A partir do exemplo acima, compreende-se que a subjetividade das pessoas deve ser levada em questão quando se pretende prestar uma assistência eficaz. Não se deve, portanto, ser reducionista, ou seja, levar em consideração apenas aspectos fisiológicos ou anatômicos, como foram encontrados em alguns discursos a seguir:

*[...] Independente da orientação que ele tenha, porque a gente vê o fisiológico, as lésbicas têm os mesmos órgãos genitais, sexuais e reprodutivo de uma mulher que se diz hétero né? Então a gente pensou o fisiológico (04)*

*[...] Já teve caso aqui, de realmente era homossexual ela falou, eu perguntei você tem colo do útero, o câncer dá no colo do útero, é aquele lugarzinho que eu quero trabalhar (13)*

Destaca-se que a biologia não pode ser visualizada como único fator indicativo para a assistência em saúde, deve-se valorizar as questões culturais e sociais para uma abordagem mais completa no que se diz respeito a um cuidado humanizado e eficaz.

O debate circunscreve que mulheres heterossexuais, lésbicas e bissexuais, fisiologicamente podem contrair as mesmas doenças, porém, não se deve levar em consideração apenas aspectos biológicos, uma vez que existem os fatores sociais que também são determinantes no adoecimento. Prova disso é que a forte influência da desinformação provoca o afastamento de lésbicas dos serviços de saúde, o que as torna vulneráveis a diversas doenças, em consequência da falta de orientação e pouco acesso aos exames preventivos (CARVALHO, 2013).

De fato, o conhecimento das questões sociais e suas influências na saúde das pessoas é primordial para a aplicabilidade eficaz da promoção da saúde, assim como a prevenção de doenças (MARQUES; OLIVEIRA; NOGUEIRA, 2013). Logo, compreender os diversos aspectos sociais e culturais é essencial para uma atuação mais eficaz e com ética na aplicação dos cuidados.

Os dados apresentados nessa categoria revelam a importância da discussão sobre padrões de comportamentos impostos historicamente, sendo de suma importância que se discuta questões de gênero e sexualidade com os profissionais de saúde, para que os mesmos possam empregar em suas práticas o princípio da equidade, proporcionando com isso uma assistência livre de juízos de valores.

#### 4.2 “É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE? ”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Segundo Carabez e Scott (2016), há uma necessidade de capacitação e formação das(os) enfermeiros(as) na atuação e planejamento da assistência às lésbicas. É perceptível o quanto a falta dessa formação pode impactar desfavoravelmente na qualidade da assistência a essas mulheres.

Sendo que a falta de capacitação pode ocorrer desde a base de formação, como foi apontado num estudo realizado em quatro cursos de graduação em enfermagem e três de medicina das Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro, no qual se constatou que durante a formação dos profissionais de saúde não são contempladas as temáticas que envolvem direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos (DHSR), dentro dos projetos pedagógicos de saúde da mulher, saúde do adolescente e saúde coletiva (XAVIER et al., 2013).

Confirmando com a mesma posição assumida, todos(as) os(as) enfermeiros(as) entrevistados(as) relataram não ter qualquer formação sobre saúde das lésbicas nas disciplinas que tratavam sobre saúde das mulheres, nem capacitação nos programas ou políticas voltadas para esse gênero, como foram destacados nos trechos abaixo, quando perguntado sobre a assistência em seu cotidiano:

*[...] Eu vou te falar que eu ia ficar perdida... Eu até conversando com a outra enfermeira que esse é um tema que não é abordado muito né, então aí, é quase ninguém toca nesse assunto (07)*

*[...] Na verdade a gente nem atentou pra essa questão que tu estás me trazendo agora... e que a partir de agora... eu fiquei muito feliz...só fazendo uma parte que eu tô muito feliz em responder essa pesquisa porque me acendeu uma luz que tava apagada dentro de mim tu estás entendendo? (03)*

*[...] A gente orienta a questão...eu não sei te dizer...Como eu te falei eu não tenho esse entendimento, mas as orientações seriam em relação mesmo as prevenções das doenças sexualmente transmissíveis, da sífilis, do HIV, as orientações tradicionais que a gente dá mesmo (03)*

*[...] a gente sabe o meio que é feito a transmissão, como é relação de mulher com mulher, vou ser sincera contigo eu ia ter que perguntar várias coisas pra ela, pra eu poder saber da relação dela, pra eu poder passar a informação, porque eu não sei se a pessoa tem relação só com mulher ou se fora isso tem com outro parceiro, mas se caso fosse repassar pra ela, eu ia repassar como se fosse mulher e um homem (07)*

*[...] então não sei se devido aos nossos mestres, têm uma certa idade, não são mestres novos, não são abertos, não tem a mente mais aberta, então, eles dificilmente traziam essa discussão, eles traziam, mas aí mudavam de assunto (11)*

*[...]. Sim, eu tenho uma curiosidade sim nas lésbicas, então eu procuro, na UNA-SUS que de vez em quando tem uns cursos muito bacanas, mas assim eu ainda acho muito curto, a gente ainda fica cheio de dúvidas em relação a isso...e quando chega pra ti uma pessoa, às vezes fica sem ação, não sabe nem o que responder (08)*

As lésbicas devem ser orientadas pelos profissionais de saúde sobre a necessidade da realização do PCCU e das formas de transmissão das IST, informando-as que a infecção também pode ocorrer sem penetração de pênis, pois o contato com secreção oral, vaginal ou anal tem percentual de risco, assim como com a menstruação (BRASIL, 2013c). Contudo, foi observado um relato equivocado sobre quem pode fazer o PCCU e a forma das relações sexuais das lésbicas, como informado:

*[...] É complicado fazer seu preventivo, porque ela nunca teve contato com homem, eu disse você é virgem? É melhor não fazer seu preventivo, de repente eu vou lhe traumatizar, entendeu? Você tem que ir com o médico, com o médico que é um profissional mais habilitado e mais capacitado que eu pra ele ver, eu tive dificuldade por causa disso é indicado fazer o preventivo porque uma vez que ela nunca teve um contato com um homem (12).*

Os profissionais de saúde devem levar em consideração que muitas lésbicas utilizam acessórios sexuais para a penetração vaginal, por isso, o fato de algumas mulheres nunca terem tido relações sexuais com homens não significa que as relações delas não têm penetração. Por isso, é importante a anamnese durante o atendimento, justamente para desenvolver uma entrevista mais qualificada, com

intuito de indicar uma melhor forma de assistência. Fornecendo suporte para o aperfeiçoamento profissional com a divulgação de suas vivências, com a finalidade “que os profissionais da saúde conheçam suas necessidades para compreender e modificar a sua assistência” (SOUSA et al., 2014 p. 113).

Outra problemática surgiu durante a condução das entrevistas, em que muitos (as) dos(as) enfermeiros(as) informaram que não achavam necessário questionar a orientação sexual das pacientes, apesar da determinação do Ministério da Saúde, o qual menciona a importância da pergunta como uma forma de iniciar um diálogo mais eficaz entre o(a) profissional de saúde e usuária do serviço (BRASIL, 2015), conforme foi relatado:

*[...] Não pergunto sobre a orientação sexual, geralmente eu deixo a pessoa a vontade (01)*

*[...] Não pergunto, geralmente porque o público que eu tenho, é pré-natal né? A gente não faz essa parte...a gente pergunta muito sobre a parte de casa, moradia, renda, mas a opção sexual eu não costumo perguntar (02)*

*[...] Justamente por isso...porque talvez eu não tenha tido feito esse link...eu fui parar pra pensar quando você falou sobre o tema. E aí me veio um negócio, eu nunca perguntei. Eu acho que desde a faculdade e até o momento foi sistematizado pra se trabalhar com o que é convencional, com o que é tradicional entre aspas e automaticamente as nossas perguntas não são voltadas pra incluir os demais (06)*

*[...] Uma vez que nem se quer (não) perguntamos a opção sexual, dentro da minha consulta, por exemplo, eu me questionei esses dias, é uma pergunta que eu nunca fiz, é saber a opção sexual da pessoa, então já começa por aí, entender que ela pode ter uma queixa, uma dificuldade, que a minha consulta não vai permitir que ela se enquadre, e talvez ela não tenha liberdade pra falar, aí eu acho que direito sexual começa por eu entender qual é o universo daquela pessoa (6)*

*[...] É uma opção sexual que a pessoa opta por ter relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo, eu acho que isso já vem de dentro, eu acho que a pessoa até tenta, não sei, eu não sei explicar direito (02)*

*[...] Não assim que ela declarasse ser lésbica e também no nosso dia dia a gente não tem esse questionamento no nosso prontuário entendeu? (03)*

*[...] Eu vou começar a perguntar, não ter vergonha de perguntar não é? É uma questão que está aí presente pra gente, na questão da saúde mesmo, que a gente tem que começar a trabalhar em cima disso. (03)*

Ressalta-se, que a opção sexual não é uma escolha pessoal, por isso o pronunciamento do termo não deve ser considerado correto. O mais adequado, nessa perspectiva, é o termo orientação sexual, que se refere aos relacionamentos afetivo-sexuais entre pessoas do mesmo sexo (lésbicas e homossexuais), ou de sexos

opostos (heterossexuais) (COSTA; MARTINS, 2018).

Nessa dimensão, para o atendimento em saúde, o Ministério da Saúde recomenda que os profissionais tenham os seguintes posicionamentos durante o cuidado em saúde: não decidir pelo usuário, não emitir juízo de valores, promover ações educativas e proporcionar uma assistência integral (BRASIL, 2013a).

É importante que os profissionais de saúde busquem desenvolver a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outras pessoas, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Uma presença sensível transfunde serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade (BRASIL, 2013a p33.).

PIASON (2013) afirma que as mulheres lésbicas sofrem preconceitos justamente por conta de padrões socialmente estabelecidos pela heteronormatividade, sendo evidenciado até mesmo na aplicação das políticas públicas. O código de ética em enfermagem sinaliza que é responsabilidade e dever do profissional de enfermagem em proporcionar uma assistência sem discriminação ou preconceito de qualquer natureza.

Tais critérios são fundamentais, pois o preconceito direcionado por algum profissional de saúde pode ser uma barreira para o acolhimento, ocasionando o afastamento dos usuários dos serviços de saúde, fazendo com que não sejam cumpridos os princípios da equidade e da universalidade nesses locais de atendimento (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, para inserir tais intentos e práticas nesses serviços é primordial que os profissionais reflitam de que forma é aplicada a sua assistência para que não se produza violência institucional. Dentre esses profissionais, citam-se as(os) enfermeiras(os), que para além da assistência, também é relevante, que desde a formação acadêmica, discutam os direitos das mulheres (FORNARI, et al., 2014).

Segundo Melo (2010), há uma necessidade de uma formação profissional que pautar a questão de gênero e sexualidade para um atendimento com mais qualidade que beneficie as mulheres por meio de uma atuação mais inclusiva.

Nessa busca, a educação tem que ser eficiente na promoção da reflexão de que os sujeitos não podem ter seus direitos violados por conta do conservadorismo, que retira dos LGBTs o direito de viver sua sexualidade e identidade de gênero sem qualquer tipo de violência (LIMA; SOUZA; DANTAS, 2016).

O acolhimento é essencial na promoção de um plano de cuidado adequado, pois está vinculado ao processo de trabalho em saúde e consiste em promover a



“atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo-as para além da fala/expressão verbal, assumindo uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas com às pessoas” (BRASIL, 2013a p.31).

A assistência em saúde ainda é baseada na questão reprodutiva e heteronormativa, sendo em virtude de uma formação profissional mais voltada para o atendimento ambulatorial e biomédico (PORTELA; FERREIRA, 2009).

Parte-se assim do pressuposto de que as ações de saúde podem ser articuladas entre os setores de saúde e sociedade civil como movimentos sociais e comunidades, sendo desenvolvidas de acordo com a demanda daqueles grupos. Dentre as estratégias para a discussão sobre saúde LGBT estão a educação permanente dos trabalhadores, a promoção de fóruns e debates, além de oficinas e rodas de conversa sobre a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Com isso, disponibilizando o acesso desse grupo aos programas de saúde do SUS (BRASIL, 2013a).

Isto posto, a análise do discurso dos(as) enfermeiros(as) é primordial no alcance das estratégias que propiciem uma melhor assistência às mulheres lésbicas sobre a prevenção e promoção da saúde. Desse modo, aponta-se a necessidade de capacitação dos profissionais enfermeiros(as) e uma melhor formação aos graduandos, buscando a qualidade durante a consulta de enfermagem.

#### 4.3 “É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A saúde sexual foi analisada nos discursos dos(as) enfermeiros(as), tendo em vista a necessidade da discussão dessa temática, buscando apontamentos de equívocos, não para julgamento, mas para identificar estratégias para uma melhor assistência em saúde, assim como os acertos para servir de exemplos para as práticas dos serviços.

Uma das formas de prevenção em saúde é o exame do Preventivo de Câncer do Colo Uterino (PCCU). Este exame é fundamental para o rastreamento do câncer do colo do útero, sendo recomendado pelo Ministério da Saúde. Essa prevenção

também pode ser feita por meio de ações educativas, vacinação e tratamento das lesões subclínicas (BRASIL, 2016).

Enfatiza-se, que a maioria das mulheres que realizam o PCCU são as que estão abaixo de 35 anos de idade, sendo esta uma problemática, porque o risco de desenvolver aumenta após essa faixa etária (BRASIL, 2011a).

A prevenção do câncer ginecológico, assim como o diagnóstico precoce e o tratamento, requerem a implantação articulada de medidas como sensibilização e mobilização da população feminina; investimento tecnológico e em recursos humanos, organização da rede, disponibilidade dos tratamentos e melhoria dos sistemas de informação (BRASIL, 2011a p.49)

Como condutores dos atendimentos básicos, os profissionais de saúde devem orientar as lésbicas que as mesmas podem ter o câncer do colo do útero, mesmo tendo relações sexuais apenas com mulheres. Essa orientação é importante porque muitas delas pensam que essa patologia acomete apenas mulheres heterossexuais (BRASIL, 2006b).

Na medida em que essa falta de esclarecimento leva muitas lésbicas a argumentarem erroneamente que a transmissão de inúmeras ISTs está vinculada apenas aos homens, fazendo com que pensem de forma equivocada que estão imunes a essas doenças, caso não mantenham relações sexuais com o sexo masculino (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

As ISTs são consideradas um grande problema de saúde pública em todo o mundo, podendo ser consideradas um atenuante para a transmissão de HIV, além de causar complicações como doença inflamatória pélvica (DIP), dor crônica, câncer de colo uterino devido ao Papilomavírus Humano (HPV), carcinoma hepatocelular em virtude da hepatite B, etc (BRASIL, 2011a).

Contudo, esse imaginário não está somente na visão das mulheres lésbicas, mas também de muitos profissionais da saúde. Piason (2013) menciona que muitos profissionais de saúde acreditam de forma equivocada que pessoas com essa orientação sexual não correm o risco de contrair doenças como o câncer do colo do útero, câncer de mama, pelo fato de não manterem relações com pessoas do sexo oposto.

Se muitas lésbicas e profissionais de saúde têm a ideia equivocada quanto à imunidade da infecção pelo HPV, isso as torna vulneráveis ao câncer do colo uterino quando deixam de ser oferecidos a elas os exames preventivos com a garantia de um diagnóstico precoce dessa doença (BRASIL, 2016).

O câncer do colo do Útero é o segundo tipo de câncer que mais afeta as mulheres no Brasil, já no estado do Pará é o câncer que mais leva as mulheres a óbito, tendo como registro no ano de 2016, a morte de 349 mulheres em decorrência dessa doença (LIMA, 2018). Outro vilão, o HPV, é o principal causador de CCU (FEBRASGO, 2017), por isso é importante que se aborde a questão da prevenção. Abaixo os argumentos de alguns profissionais que relataram as suas orientações às mulheres durante a consulta, no qual incluía os exames de rotina foram:

*[...] A gente orienta que elas têm que fazer o preventivo, porque o câncer do colo, ele tem um porcentual muito mínimo de hereditariedade, mas ele tem, a maior parte dele é adquirido através do vírus HPV, a gente orienta elas também, que elas podem contrair o HPV no ato sexual, inclusive sendo mulher com mulher, na relação homossexual, então elas têm que fazer o preventivo também pra tapar as lesões que pode provocar no colo do útero (3)*

*[...] A gente sabe que há uma prática oral, nem sempre elas referem a prática de uso de instrumentos, e algumas vezes, alguma já refere que teve atividade, relacionamentos heteros, então na questão especial do PCCU como a gente tem o HPV envolvido, a gente sempre fala da prática do uso do preservativo...ai às vezes elas questionam, mas como que a gente vai usar o preservativo, ai que eu entro que uma vez eu participando de uma palestra foi informado pra gente a questão do uso do filme de PVC, na hora da prática do sexo oral, então a gente orienta, mas a gente observa que não é uma coisa que é bem-vinda, elas acham estranho, não sei (risos), mas a gente tenta (04).*

*[...] Eu falaria pra ela fazer todos os exames regularmente, fazer o PCCU, secreção vaginal, está gradativamente fazendo todos os exames, ela e a parceira né, porque como prevenção assim é bem difícil, porque elas não usam essas camisinhas que não deram certo né? Feminina, eu falaria pra elas estarem se cuidando juntas né? Pra tá cuidando das duas pra poder evitar (9)*

*[...] eu acho muito importante que cada início de relacionamento tenha uma conversa franca com pedido de exames, como tem referência como o CTA para detectar essas ISTs e outras, eu acharia importante que no início de cada relacionamento o casal tanto hetero como homossexual, fizessem essa triagem até pra cuidar da própria saúde, então tem que conhecer a pessoa com quem vai se relacionar, não somente com conversa, mas com exames. (10)*

*[...] Higiene antes do ato, e evitar múltiplos parceiros, eu acho isso importante, ter uma observação, tipo inspeção, tu já conheces a pessoa, tu conversa com ela, já pediu o teste, deu tudo negativo, beleza, ótimo, mas se não deu, deu alguma coisa alterada e essa pessoa não fala nada e deixa passar e acontece o ato, eu acho muito importante a visualização, a pessoa antes de ter o contato, fazer uma inspeção (10)*

À medida que o profissional avança no conhecimento da forma como as lésbicas se relacionam, passa a conquistar familiaridade para desenvolver uma

educação em saúde mais inclusiva, e assim no momento de exames ou da consulta de enfermagem contribuir com orientações mais adequadas para essas mulheres.

Em um estudo realizado com mulheres que fazem sexo com mulheres nas cinco macrorregiões do Brasil, foram descritos as práticas sexuais e os cuidados em saúde. Das 582 entrevistadas, 66,5 % se identificavam como lésbicas, 34 % nunca fizeram sexo com homens, 49,5 % fazem sexo com mulheres e já fizeram sexo com homens (RUFINO et al., 2018).

Sobre as práticas sexuais com mulheres, 95,2% relatou sexo oral, 97,3% penetração digital, 55,3% penetração vaginal com brinquedo, 27% penetração anal. Em relação aos métodos de barreira na prática sexual com mulher, 6,7% informou fazer sexo oral utilizando plástico filme, 5,8% o uso de luva de dedos durante a penetração digital e 50% das mulheres relataram que utilizavam preservativo masculino durante a penetração com brinquedos sexuais.

A seguir, fica comprovado que o conhecimento sobre essas práticas é essencial para inibir alguns equívocos, como exemplo, a concepção equivocada que todas as lésbicas não têm penetração em suas relações, como apontados em alguns dos discursos:

*[...] Na hora de inserir o espéculo, como elas não estão acostumadas com aquele tipo de coisa e realmente elas não têm introdução nenhuma aí acaba na hora de introduzir o espéculo dói muito. Quando não dá pra coletar eu encaminho pro ginecologista, e ele passa uma pomada pra ficar bem lubrificada, e ela volta comigo (9)*

*[...] Já mas foi muito rápido, foi durante o atendimento do PCCU que a gente pergunta se ela menstruou se ela mantém relação, aí ela disse que não “eu não mantenho relação com homem”, mas vocês usam alguma coisa pra fazer penetração? foi quando a gente começou a pensar no assunto, mas foi algo bem superficial (08)*

*[...] A musculatura né? é mais rígida, então a gente tem dificuldade na penetração, não sei se é pelo nervosismo fica muito seca, tem uma dificuldade maior em fazer em lésbica...eu uso em quase todas as mulheres o especulo P (08)*

Outro ponto relevante a ser analisado das narrativas acima é que mesmo com exames de rotina, devem-se indicar outros métodos de prevenção, por exemplo, o uso da camisinha feminina. As mulheres devem ser orientadas e incentivadas ao uso da mesma, compreendendo a questão cultural que envolve o não uso desse método de barreira contra diversas doenças.

Como já salientado, a camisinha feminina é essencial na prevenção de inúmeras doenças, porém, a mesma é pouco divulgada, fazendo com que muitas

mulheres desconheçam esse método de prevenção. Outro ponto em destaque é que é de difícil acesso nos serviços de saúde, assim como em eventos e campanhas para distribuição. Gomes et al., (2011) ainda destaca que o acesso à camisinha feminina poderia dar autonomia as mulheres durante as relações sexuais. Esse método de prevenção de doenças também foi citado pelas participantes da pesquisa como uma forma de se evitar diversas ISTs durante o ato sexual:

*[...] então, temos o uso do preservativo feminino, então elas podem tá fazendo o uso, ter o cuidado no momento de fazer o sexo oral, explicar que tem as ISTS, a própria herpes né, que ela pode tá passando também a herpes oral e herpes genital e se tiver em processo de latência...então tá passando toda essa orientação pra elas. (11)*

*[...] Olha, eu iria colocando os diversos riscos que ela está exposta né? No caso usar camisinha sempre no sexo oral, principalmente no sexo oral né, que é a primeira forma de contato, então o uso de camisinha, o uso de camisinha (risos) eu tô pensando em outras formas...é o uso de camisinha (6)*

O Grupo Arco-íris do Rio de Janeiro realizou uma entrevista com lésbicas, e constatou que 52% dessas mulheres entrevistadas não usavam proteção para ISTs, 78% informaram nunca terem tido qualquer infecção relacionado a relações sexuais, dentre estas, 44% afirmaram que não existia risco de contrair ISTs se relacionando apenas com mulheres e 54% afirmaram que não existe risco em contrair HIV (ARCO-ÍRIS, 2008). Essas conclusões precisam ser desmistificadas, pois uma orientação adequada sobre saúde sexual é uma forma de prevenção de diversas ISTs. Em uma das narrativas houve menção da importância em se abordar essa temática para as lésbicas, quando foi dito:

*[...] A gente orienta que a mulher lésbica também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV que isso foi um equívoco de políticas de saúde passadas, que foram negligenciadas, mas que depois foi revista e agora já tem essa orientação que ela também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis (03)*

*[...] A gente tem uma deficiência muito grande do próprio governo, que eu percebo que eles não são de tá fazendo ações, orientações pra todos os públicos, carnaval tá chegando e uma coisa que sinto muita falta essa orientação, é muito fácil a gente ver pela rua no momento do carnaval eles distribuírem camisinha, mas será que isso só é fundamental, porque muitas vezes a gente distribui e falam “ah mas não vou engravidar” e acha que é só pra isso, e o principal que é o IST... (11)*

Dentre essas ISTs está o HIV/AIDS, que por muito tempo as lésbicas ficaram invisibilizadas no que diz respeito à sua transmissão, mais especificamente durante a

década de 80, quando acreditavam que as mesmas por se relacionarem apenas com mulheres estavam imunes à infecção ocasionada por esse vírus (ALMEIDA, 2009).

Na década de 1980, com o aumento do HIV/AIDS no Brasil, principalmente para os homossexuais, fez que as políticas de prevenção fossem voltadas apenas para esse público, ignorando que não era a orientação sexual que estava vinculada a essa doença, mas o comportamento de risco (ALMEIDA, 2009).

Em 2014, no Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC/USA), foi publicado um parecer que indicava um provável caso de transmissão de HIV entre contato sexual entre duas mulheres. Essa investigação comprovou por meio de testes de laboratório que ambas tinham o vírus de estruturas filogenéticas semelhantes. Essas duas mulheres mantinham relação monogâmica há seis meses, sendo constatado que a transmissora do vírus estava sem fazer o tratamento com antirretroviral (SHIRLEY et al., 2014).

De acordo com esses dados, a investigação apontou uma probabilidade de 90% de chances dessa transmissão ter ocorrido entre essa relação. Sendo esse o primeiro caso comprovável de transmissão de HIV numa relação sexual entre duas mulheres (SHIRLEY et al., 2014).

Anteriormente a esse fato, foi investigado nas Filipinas uma mulher diagnosticada com HIV, sendo relatado relação sexual exclusiva com mulheres, porém a pesquisa não conseguiu comprovar que essa transmissão ocorreu por esse único tipo de contato sexual (MONZON; CAPELLAN, 1987).

É fundamental, dentre outros aspectos da relação lésbica, que a possibilidade da não infecção pelo HIV é um equívoco, tendo em vista as práticas sexuais desprotegidas, gerando o contato com fluído corporal, como o sangue menstrual e líquido vaginal, que podem conter agentes infecciosos (CARVALHO, 2013).

Outro ponto que pode propiciar o contágio por ISTs são os compartilhamentos de brinquedos sexuais, quando utilizados para penetração vaginal e anal sem o uso de preservativos adequados ou quando utilizados sem higienização ou trocas durante o ato sexual (ALMEIDA, 2009).

Sobre tais questões, uma pesquisa constatou que o comportamento de risco no sexo entre duas mulheres pode estar relacionado a diversos fatores como: múltiplas parceiras, sexo com a parceira no período menstrual, compartilhamento de brinquedos sexuais sem o uso e troca de preservativo (LIMA, 2011).

Por isso, educação em saúde pode ser utilizada como uma estratégia de promoção da saúde, por meio de ações para a prevenção de doenças. Deve-se orientar as lésbicas sobre a importância da higienização das mãos e unhas e a utilização de preservativo em acessórios eróticos durante o contato sexual (BRASIL, 2013a).

No entanto, para a prevenção em saúde é preciso um esforço em conjunto de diversos setores de baixa, média e alta complexidade, para facilitar o acesso aos serviços de saúde, assim como uma equipe interdisciplinar, para evitar que ocorra o que foi citado no trecho abaixo, por uma das participantes da pesquisa:

*[...] a gente sabe que o SUS é um pouco complicado de tá solicitando esses exames, principalmente as sorologias, geralmente quando a mulher é gestante ela já tem esse direito, as outras por não estarem gestante é difícil, mas se ela puder tá fazendo essa sorologia antes, para se conhecer, saber o que ela tem, é ótimo...(11).*

O(a) enfermeira(o) é um dos profissionais responsáveis pela aplicabilidade dos programas em saúde, por isso, a atuação desse profissional na atenção básica é importante, pois é ele, quem na maioria das vezes realiza a educação continuada, as ações de educação em saúde, assim como sua promoção, podendo tornar pública por meio dessas ações, orientações sobre ISTs, câncer do colo do útero, suicídio e depressão, além da garantia de uma assistência humanizada para todos (ALVES; GONÇALVES, 2016).

A falta da aplicabilidade dessas ações é prejudicial tanto para as lésbicas que são invisibilizadas dentro dos serviços de saúde, pela não aplicabilidade das políticas públicas de direito que lhes são reservadas, quanto para os profissionais da saúde, seja pela falta de informação que converge para a prática de uma assistência heteronormativa intermediada, ou por estereótipos reforçados em uma sociedade preconceituosa e lesbofóbica (BARBOSA; FACCHINI, 2009).

Ao analisar esses aspectos ficou aparente que atividades educativas são essenciais para uma melhor qualidade na atenção à saúde sexual e reprodutiva, pois pode proporcionar reflexão sobre as escolhas no que diz respeito a essas temáticas. As atividades clínicas durante a assistência à saúde sexual e reprodutiva devem visar “a promoção, proteção e a recuperação da saúde”. Sendo abordadas dentro da integralidade e universalidade. Devendo incluir: Anamnese, exame físico, acolhimento à necessidade das pessoas e orientações em saúde (BRASIL, 2013a p. 61).

De modo semelhante, os centros de testagem e aconselhamento (CTA), mesmo sendo locais específicos para identificar ISTs, muitas vezes, não contam com profissionais qualificados para um atendimento com um olhar mais ampliado para a questão da sexualidade (PORTELA; FERREIRA, 2009).

Como sugestão, as práticas educativas devem ser realizadas com metodologia participativa, ou seja, por meio de uma pedagogia que vise a interação entre usuário e profissional de saúde, visando uma qualidade em relação à saúde sexual e reprodutiva, pois por meio dessa interação pode-se compartilhar histórias e fatores sociais dos participantes sobre amor, preconceito e sobre os cuidados que eles querem receber, além de proporcionar uma melhor relação entre profissional e usuário (BRASIL, 2013a).

Sugere-se ainda, que os profissionais de saúde devem ser éticos por meio do respeito, empatia e acolhimento, sempre preservando a confidencialidade e sigilo durante a sua consulta, além de ter conhecimento técnico para oferecer uma assistência de acordo com as demandas da população LGBT (BRASIL, 2013a).

Ressalta-se que a saúde sexual é um tema de grande relevância para a promoção da saúde, por isso os profissionais de saúde devem compreender a diversidade sexual para melhorar sua conduta nos tratamentos necessários à manutenção da saúde.

#### 4.4 SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER NÉ? ”

Em 1980 surgiram as Tecnologias Reprodutivas (TR), proporcionando acesso a gravidez em casais heterossexuais inférteis, sendo isso um marco para o acesso aos direitos reprodutivos, proporcionando possibilidades de reprodução também para casais do mesmo sexo (MACHIN; COUTO, 2014). Alguns discursos relataram a importância desses direitos para as lésbicas, como exposto abaixo:

*[...] é direito conquistado e que bom que a gente tá evoluindo, e que também tem o direito a reprodução, vai decidir quando quer ter um filho, sendo ela homo, sendo ela heterossexual, ela tem o direito a maternidade e a paternidade de acordo com a sua orientação sexual (3)*

Segundo Torres e Adrião (2014) às tecnologias reprodutivas abrangem os conceitos de contracepção e concepção. O primeiro se refere a meios de evitar a



gravidez e o segundo, a métodos usados para a fecundação, sendo este último referenciado nessa categoria.

Em consonância, o Conselho Federal de Medicina aborda em sua resolução de Nº 2.013/2013, a importância do avanço científico em resolver as problemáticas advindas da reprodução humana, trazendo em uma das suas considerações o reconhecimento do Supremo Tribunal Federal da união estável homoafetiva como entidade familiar (CFM, 2013).

Num esforço coletivo, a Política de saúde LGBT também aponta em um dos seus objetivos a garantia aos direitos reprodutivos desse grupo, porém esses direitos são violados pela falta da aplicabilidade dentro dos serviços de saúde, como se pode comprovar durante as entrevistas, nesses recortes:

*[...] olha, em específico a essa tua pergunta, eu não sei te dizer qual é a conduta pro tratamento pra ter filho, aí o que a gente vai trabalhar é em cima da orientação da reprodução, mas em específico a esse caso, não tem, não sei, que talvez a orientação fosse dada seria encaminhar pro CRAS, que nessa parte do planejamento familiar, a gente acaba encaminhando pro CRAS que é a parte social e lá seria mais para fácil para encaminhar por essa questão dessa temática que você abordou agora (05).*

*[...] Primeiro elas têm que vir com a assistência social então aí no caso, a gente sabe que elas têm o direito delas de estarem fazendo essa reprodução, agora eu sei que antes dela chegar aqui creio que a assistente social estaria encaminhando por setor correto para fazer essa reprodução, eu não sei te dizer direito como é que está sendo feito esse processo esse trâmite, sabe que existe toda uma burocracia (11).*

No relato de alguns participantes também ficou explicitado a importância desse direito para as mulheres, mencionando o papel dos profissionais da Enfermagem na assistência à saúde reprodutiva, mesmo assim, não indicaram conhecimento se dentro do serviço possuía uma rede de atendimento para o encaminhamento das lésbicas:

*[...] É o direito como qualquer outro cidadão pode ter né, é um direito que você tem, apesar da sua orientação sexual de você ser mãe, de ter sua família de constituir, então de ter direito dessa reprodução, de gerar uma criança, ter aquela sensação do que é ser mãe, então eu acho muito válido esse direito (11).*

*[...] o ser humano tem o direito reprodutivo, mas tem o direito de receber essa orientação, a gente como enfermeiro, temos obrigação de tá lá conduzindo e levando essa orientação sobre reprodução que entra o planejamento familiar (12).*

São significativas essas ações, pois para muitas lésbicas o desejo de passar pela experiência da gestação e assumir um papel de maternidade sem uma relação

sexual com o sexo masculino é importante para constituição e afirmação de uma família (MACHIN; COUTO, 2014).

As reivindicações partem de muitas dessas mulheres que relatam o desejo de engravidar sem ter relação sexual com um homem, podendo isso ocorrer por meio da reprodução assistida (BRASIL, 2013c). Essa forma de reprodução foi mencionada em algumas das entrevistas, como transcrito em seguida:

*[...] Mas é uma novidade quando a mulher homossexual chegar e dizer que ela quer ter um filho a gente vai ter que encaminhar para o serviço especializado que é o serviço que vai levar ela a fazer a escolha dela se ela quer ter através do método natural, tradicional, que as vezes as mulheres fazem isso né? Ou através da inseminação artificial que tem um programa no SUS que leva a fazer a inseminação artificial (03).*

*[...] Eu ia mandar para o ginecologista pra ver se ela manda para esses locais de referência, para encaminhar para esses locais de banco de óvulos, inseminação artificial que tem os doadores de óvulos, não sei se aqui exatamente tem, teria que ser esse caminho, mandar para o ginecologista, pra ver se manda pra algum especialista, até a universidade federal, que é um local que tem de pesquisa, se ela já trabalha com isso...eu sei dos bancos de óvulos, se o SUS já oferece isso, porque tem local que é só particular...infelizmente o SUS ainda não tem né? (12).*

*[...] Se chegasse uma lésbica e falasse que faz relação apenas com mulher e gostaria de fazer parte do planejamento familiar eu iria encaminhar ela para o ginecologista (09).*

Segundo uma cartilha do Ministério de Saúde, a reprodução assistida pode ser realizada por meio de técnicas como a inseminação artificial e a fecundação in vitro. Devendo ser oferecida também às lésbicas por profissionais capacitados na atenção à população LGBT, utilizando de uma abordagem sem preconceito ou qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2013c).

Um estudo realizado na grande São Paulo, que visou analisar o tratamento de reprodução assistida de lésbicas em clínicas particulares, mostrou que as mulheres que procuram por esse serviço são brancas, com alto nível de escolaridade e pertencente às classes médias urbanas (MACHIN; COUTO, 2014).

Embora com ações ainda tímidas já há uma mobilização quanto a esses tratamentos, como por exemplo, em 2012, o Conselho Regional de Medicina de Goiás pela primeira vez, autorizou a um casal de mulheres o direito à técnica de reprodução assistida. Durante o procedimento, uma das mulheres recebeu a fertilização dos próprios óvulos em conjunto com a inseminação artificial de um sêmen doado, posteriormente sendo transferidos os embriões para o útero de sua companheira (CARVALHO, 2012).

Um caso parecido também ocorreu em São Paulo: o casal de lésbica optou pela reprodução assistida, utilizando um banco de sêmen norte americano, por conter informações mais detalhadas sobre o doador. O processo todo custou R\$30.000,00 (trinta mil reais) (ROSSI, 2017).

Ressalta-se, com o segundo exemplo, que o custo desse serviço pode deixar as mulheres socialmente menos favorecidas sem acesso a esse tipo de reprodução, mostrando a importância desse procedimento também ser oferecido pelo serviço público de saúde.

No Brasil a quantidade de bancos de sêmen é ínfima, estando mais centralizados nas regiões Sul e Sudeste e, ainda por cima, com outro agravante, o da indisponibilidade de informações mais detalhadas sobre o doador, dando margem para que muitas mulheres importem esse material biológico dos Estados Unidos da América (EUA), com isso, aumentando o custo do procedimento (MACHIN; COUTO, 2014).

Em relação à reprodução assistida, pouco se discute a presença da enfermagem nesse campo de atuação, demonstrando a importância do estudo sobre essa temática para que se investigue o melhor aproveitamento deste profissional no referido âmbito (LEITE et al., 2018).

Vale lembrar, que a preparação para a reprodução assistida é realizada também pelo(a) enfermeiro(a), sendo este(a) profissional de extrema importância na assistência aos casais que passam por esse processo, por isso é fundamental que se aborde essa temática de maneira mais ampla nos campos de discussões, em virtude também da valorização profissional (LEITE et al., 2018).

Por sua vez, o Ministério da Saúde também aponta que os profissionais da Atenção Básica não estão preparados para uma assistência voltada para o planejamento reprodutivo, não sendo muitas vezes compreendido como uma ação que deve ser aplicada nesse setor da saúde (BRASIL, 2013a).

Porém, por esse diagnóstico, não se pode colocar a culpa da não aplicabilidade das políticas para os profissionais de saúde, tendo em vista que os gestores estaduais e municipais devem cumprir com o seu papel, primeiro o de criar uma rede de atendimento para a saúde reprodutiva, assim como, promover a educação permanente desses profissionais.

Isso corrobora para uma necessidade urgente de combate a falta de educação permanente, a qual faz com que dentro dos serviços de saúde se aborda muito a

assistência à anticoncepção, mas pouco se discute o auxílio para a concepção. Haja vista, que o planejamento reprodutivo deve oferecer meios tanto para quem não deseja ter filhos, quanto para quem pretende engravidar. Esses auxílios à reprodução, tanto de forma especializada como por meio da reprodução assistida, estão mais centralizados nas Regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2013a).

Na entrevista, foi ignorado outro aspecto, quando se abordou sobre os direitos reprodutivos das lésbicas e sobre os encaminhamentos necessários para a maternidade e concepção, na medida em que nenhuma das participantes da pesquisa relatou sobre a adoção, tendo em vista que muitos casais de lésbicas optam pela adoção para suprir o desejo de ser mãe (MASSA, 2016).

Outra problemática no campo de discussão da reprodução é sobre a inseminação artificial caseira que tem sido divulgada nas mídias sociais como um método reprodutivo para quem deseja ter filhos, sendo realizado também por mulheres lésbicas quando as mesmas não possuem recurso financeiro para a realização da inseminação artificial in vitro, visto que em média o seu custo está em torno de R\$ 15 mil reais (SCHEFFER, 2014).

A esse respeito, Dini (2018) em sua reportagem sobre inseminação artificial caseira publicada na Revista Crescer, apontou que essa prática tem crescido, sendo amplamente divulgada em redes sociais com diversos grupos de pessoas interessadas nesse método.

Esse tipo de inseminação sofre críticas dos médicos devido aos riscos que as mulheres estão expostas, tendo sido dado um alerta pela Secretária-geral da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana, através da ginecologista Nilka Fernandes Donadio, em uma entrevista para a BBC:

Quando a gente pensa em inseminação, sabe que ela deve ser feita em laboratório e o sêmen deve passar por um processamento, que elimina fatores que podem trazer consequências graves à saúde da mulher. Na inseminação caseira, ela pode sofrer infecção no colo do útero ao injetar o sêmen por meio de uma seringa. Além disso, quem garante que os exames feitos pelo doador estão corretos? É difícil cancelar uma indicação para esse procedimento. (LEMOS, 2017 p.1)

Como forma de esclarecimento, a inseminação artificial caseira consiste no doador depositando seu sêmen em um frasco de coleta, sendo posteriormente transferido esse material biológico para dentro da vagina com o auxílio de uma seringa. Essa inseminação ocorre no período fértil da mulher. Dini (2018) ainda aponta

que é possível comprar um kit pela internet contendo testes de ovulação e cateter para a introdução do esperma o mais próximo do útero.

Concluindo, com base nas observações e entrevistas feitas nessa pesquisa, revela-se que essas problemáticas foram trazidas para essa discussão em virtude dos serviços públicos de saúde negligenciarem a prática das políticas de saúde voltadas para a reprodução, que é um direito constituído e conquistado pela reivindicação de diversos movimentos sociais.

Essa proposição ganha especial destaque quando a falta de acesso ao SUS, concedido às lésbicas que desejam engravidar, colocam-nas em situação de vulnerabilidade, permitindo que se submetam a práticas não seguras como a inseminação artificial caseira.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa pôde analisar os discursos dos(as) enfermeiros(as) que atuam na porta de entrada do SUS, isto é, na Atenção Básica. Durante o percurso por esses serviços de saúde, foi observado o interesse destes profissionais por essa temática, muito embora, tenha sido evidenciada a fragilidade em alguns aspectos revelados nos resultados da pesquisa em questão.

É importante destacar que desde o início essa pesquisa não teve o interesse de revelar vilões ou culpados, muito menos acusou os profissionais sobre seus discursos, tendo em vista que muitas ações ligadas ao imaginário de cada um foram construídas historicamente, mas felizmente, sujeitas a desconstrução.

Partiu-se do princípio que conhecer o discurso é fundamental para propor estratégias para a diminuição ou erradicação dessas fragilidades, sendo analisadas de uma forma dialogável com autores peritos na temática de saúde das lésbicas, assim como, em publicações do Ministério da Saúde por meio de suas diretrizes.

À medida que se avançou na pesquisa, foi interessante notar a heteronormatividade como uma das maiores fragilidades encontradas, ocasionada quando um profissional da saúde básica prestar uma assistência equivocada, englobando todas as mulheres como heterossexuais. Destacou-se, para a superação desses equívocos, a educação e o desenvolvimento de habilidades que lhes permitam compreender que o cuidado em saúde deve ser realizado de forma equitativa, ou seja, de acordo com as demandas das mulheres.

Outro ponto a ser considerado para as práticas de saúde, é o desafio de desconstrução do estereótipo, citado frequentemente em alguns discursos dos(as) enfermeiros(as), quando tentavam caracterizar suas pacientes pelo seu tipo de comportamento ou vestimenta. A apropriação desse estereótipo, por alguns enfermeiros(as), trouxe a reflexão acerca da necessidade de cursos de formação, que venham influenciar positivamente no perfil desse profissional, uma vez, que só se certifica sobre a orientação sexual de uma pessoa por meio da pergunta ou quando ela mesma revela.

Nesse sentido, vale lembrar que muitas lésbicas têm receio de revelar sua orientação sexual por motivo do preconceito e discriminação, daí a importância de cursos de formação, que permitirão ao profissional de saúde a compreensão de forma mais precisa que durante a assistência, deve-se fazer uso do acolhimento com

empatia, proporcionando assim um laço de confiabilidade entre profissional e usuária do serviço.

Dessa forma, é preciso romper com essa concepção que define um único padrão de comportamentos para homens e mulheres, pois isso acarreta em sofrimento para muitas pessoas, como as lésbicas, por exemplo. Ficou explícito que muitas delas são lidas como homens, por ir na contramão do padrão socialmente imposto do que é ser mulher. Ressalta-se que não é um corte de cabelo, roupas, cores e sapatos que definem um gênero.

Essas abordagens permitem-nos confirmar a relevância da pesquisa, pois a maioria dos participantes deste estudo informaram não ter recebido capacitação sobre a saúde das lésbicas, apesar das políticas de saúde LGBT preconizarem a educação permanente em suas diretrizes.

À análise mais detalhada sinalizou muitos desafios para a saúde básica das mulheres lésbicas, entre eles: primeiramente, investir na formação dos(as) enfermeiros(as), pois a falta de conhecimento de como é a relação sexual entre mulheres é uma barreira para indicar redução de riscos ou prevenção durante o ato sexual. Além da capacitação, é preciso que os governos nas suas três esferas assumam as suas responsabilidades perante as lésbicas, entendendo não como promoção de privilégios, mas sim dando um real sentido na prática para aquilo que a Lei do SUS coloca como um dos seus princípios, a equidade. Para somar, é preciso que se invista em pesquisas para encontrar tecnologias adequadas para a prevenção de ISTs nas relações sexuais entre mulheres.

Dando sequência ao que foi observado durante a pesquisa, apesar das Políticas de Saúde indicarem que a lésbica tem direito a reprodução assistida, dos(as) 13 entrevistados(as), apenas um(a) indicou que encaminharia as lésbicas, para essa assistência pelo SUS, caso fosse solicitado. Porém, esse estudo não investigou se no local indicado realizava de fato a reprodução assistida para essas mulheres, deixando uma lacuna para ser respondida por estudos posteriores.

Também, sobre a saúde reprodutiva não se revelou a rede de atenção para as lésbicas e nenhum(a) enfermeiro(a), entre os entrevistados(as), indicou a adoção para essas mulheres como uma forma legítima para a constituição de família.

E assim, as inquietações e questionamentos são ratificados, pois mesmo que o Ministério da Saúde tenha elaborado políticas públicas e protocolos de atendimento para as lésbicas, a aplicabilidade de suas diretrizes ainda é ineficiente, como pôde ser

percebido nesta pesquisa. Então, é preciso que as diversas esferas possam junto com seus gestores, gerentes, profissionais de saúde e movimentos sociais, articular medidas para o desenvolvimento das políticas nos serviços de saúde.

Por fim, ao analisar os discursos das(os) enfermeiras(os) e consultas a diversas literaturas, essa pesquisa faz as seguintes proposições para as boas práticas dos serviços de saúde, voltados para as lésbicas em relação à saúde sexual e reprodutiva:

1. Organizar a rede de atendimento para que os profissionais de saúde possam referenciar as lésbicas que desejam engravidar ou para serem encaminhadas ao processo de adoção;
2. Investimento em pesquisas para buscar tecnologias adequadas para prevenção de infecção sexualmente transmissível nas relações sexuais entre mulheres;
3. Promover educação permanente para os profissionais de saúde com enfoque em: métodos de redução de risco; assistência acolhedora; reflexão sobre estereótipo e gênero;
4. Elaboração de uma política pública setorial em conjunto com profissionais de saúde, pesquisadoras da temática e movimento de lésbicas, visando a diversidade local.

As boas práticas em saúde são essenciais para a aplicabilidade dos direitos humanos durante a assistência podendo facilitar o acesso, criar vínculos entre profissionais de saúde e usuária do serviço, proporcionando com isso uma assistência mais humanizada e acolhedora.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A.; BELÉM, J. M.; NUNES, J. F. C.; Leite, M. F.; QUIRINO, G. S. Planejamento reprodutivo em casais homossexuais na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS** (ONLINE), 2018. Disponível em: <http://ojs2.ujf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15639/8195> Acesso em: 24 nov. 2018

ALBUQUERQUE, G.A; GARCIA, C.L; ALVES, M.J.H; QUEIROZ, M.H.T; ADAMI, F. Homossexualidade e direito a saúde: Um desafio para as políticas públicas no Brasil. **Rev. Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a15v37n98.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2018

ALBUQUERQUE, G.A; QUIRINO S. G; FIGUEIREDO F.W.S; PAIVA, L.S; ABREU, L.C; VALENTI, V.E; NASCIMENTO, V.B; MACIEL, E.S; QUARESMA, F.R.P; ADAMI, F. Sexual diversity and homophobia in health care services: perceptions of homosexual and bisexual population in the cross-cultural theory. **Open J Nurs** 2016. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?PaperID=67288>. Acesso em: 18 nov. 2018.

ALMEIDA, D.V. Humanização dos cuidados em saúde: ensaio teórico reflexivo fundamentado na filosofia de Emmanuel Lévinas. **Texto Contexto Enferm**. 2014 Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00767.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00767.pdf)>. Acesso em: 29 de Ago. 2017.

ALMEIDA, G.S. Argumentos em torno da possibilidade de infecções por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 19, p. 301-331, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200004&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 abri. 2018

ALVES, C.M.R; GONÇALVES, M.A.M. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. In: **16º congresso nacional de iniciação científica**; 2016 1-11; São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://conic-semesp.org.br/anais/files/2016/trabalho-1000022939.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, 2009, v.25, n.2, p.s291-s300. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 13 abri. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BENTO, A. P. A. Saúde das mulheres lésbicas: Uma pesquisa bibliográfica. Monografia de Aperfeiçoamento/Especialização em Saúde Pública, **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/56831>>. Acesso em: 06 de Jun. 2018

BRASIL, C.C.P; SILVA, R.M.S da; PINHEIRO, C.P.O; BRILHANTE, A.V.M. DA TEORIA À PRÁTICA: A UTILIZAÇÃO DE GRUPO FOCAL PARA O ENSINO E A

PESQUISA. In: SILVA, R.M.S da; BEZERRA, I.C; BRASIL, C.C.P; MOURA, E.R.F; org. **ESTUDOS QUALITATIVOS: Enfoques Teóricos e Técnicas de Coleta de Informações**. Sobral: Edições UVA, 2018.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Cuidar Bem da Saúde de Todas. Faz bem para você. Faz Bem para o Brasil**. 2015.

\_\_\_\_\_. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: o caminho para garantir a cidadania GLBT**. 2008b. Disponível em: <https://www.mdh.gov.br/informacao-ao-cidadao/participacao-social/old/cncd-lgbt/conferencias/anais-1a-conferencia-nacional-lgbt-2>. Acesso em: 02 de Jan. 2019.

\_\_\_\_\_. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 02 de Jan. 2018.

\_\_\_\_\_. **Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Direitos, Saúde e Participação Social** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres\\_lesbicas\\_bissexuais\\_direitos\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf). Acesso em 16 de Ago. 2017.

\_\_\_\_\_. **Conferência Nacional de Saúde**. 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf). Acesso em 15 de Abri de 2018.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. - Brasília-DF. 2004b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf). Acesso em 13 de Jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Secretaria de Documentação, 2019. Disponível em: <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 10 de Maio de 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008<sup>a</sup>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento / Ministério da Saúde**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)> Acesso em: 23 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e

Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. Reimp. 2013b. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)>. Acesso em: 28 de Set. 2017.

\_\_\_\_\_. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf)>  
 Acesso em: 14 de Nov. 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)>. Acesso em: 15 de Jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

CARABEZ, R.; SCOTT, M. ‘Nurses don’t deal with these issues’: nurses’ role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. **J Clin Nurs**. 2016 Dec; 25(23-24): 3707-15. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27453528> Acesso em: 05 de Jun 2018.

CARVALHO, H. **Conselho de Medicina autoriza casal lésbico a fazer inseminação, em GO**. 2012. Disponível em:  
 <<http://g1.globo.com/goias/noticia/2012/07/conselho-de-medicina-autoriza-casal-lesbico-fazer-inseminacao-em-go.html>>. Acesso em: 05 de Fev. 2019.

CARVALHO, V. A. **As Representações Sociais de Mulheres Lésbicas sobre Atenção à sua Saúde**. Monografia 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. 2013.

CASTRO, L.M.X de; SIMONETTI, M.C.M; ARAÚJO, M.J.O. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM**. Brasília. 2015. Disponível em: <[http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf)>. Acesso em 16 de Set. 2018.

CEDAW. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres**. 1979. Disponível em:  
 <<http://plataformamulheres.org.pt/docs/PPDM-CEDAW-pt.pdf>>. Acesso em 13 de Fev. 2018.

COLLING, Leandro. O que perdemos com os preconceitos? **Revista Cult**, v. 18. n. 202, p. 22-41, jun. 2015.

COLPITTS, E; GAHAGAN, J. The utility of resilience as a conceptual framework for understanding and measuring LGBTQ health. **International Journal for Equity in Health**, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4822231/>>. Acesso em: 14 de Ago. 2017.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata, URSS, 1978.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Brasília: COFEN; 2012. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)>. Acesso em: 15 de Dez. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM Nº 2.013/2013**.

Disponível em:

<[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013\\_2013.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2013/2013_2013.pdf)>. Acesso em: 25 de agosto 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. **Caderno de informação técnica e memória de Progesteres**. Brasília: CONASS, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass\\_documenta2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf)>. Acesso em: 14 de Jun. 2017.

COORDENADORIA ECUMÊNICA DE SERVIÇO. CESE. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS Edição Comemorativa – 70 anos da Declaração e 45 anos da CESE 9ª edição - Março de 2018**. Disponível em: [https://www.cese.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Cartilha\\_CESE-direitosHumanos\\_2018-FINAL-WEB\\_pagsIndividuais.pdf](https://www.cese.org.br/wp-content/uploads/2018/04/Cartilha_CESE-direitosHumanos_2018-FINAL-WEB_pagsIndividuais.pdf). Acesso em: 02 de fev. 2019

COSTA, A. J. N.; MARTINS, M. G. T. Gênero e Diversidade Sexual: Concepções De Profissionais Da Educação De Uma Instituição De Ensino Superior Privada De Macapá – AP. **Revista Eletrônica Estácio Papyrus**, v.5, n.1, p. 83-100, 2018.

CROCHIK, J. L. **Preconceito: indivíduo e cultura**. São Paulo: Rossi Editorial. 1995

DANTAS, B.R.C; LUCENA, K.D.T; DEININGER, L.S.C de; ANDRADE, C.G.de; MONTEIRO, A.C.C. violência de gênero nas relações lésbicas. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11481/13333>> Acesso em 14 de Jun. 2017

DIEHL, A. A.; TATIM, D. C. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DINI, A. **Inseminação artificial caseira: os riscos da ideia, que se espalha cada vez mais em grupos de internet**. 2018. Disponível em: <<https://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2018/07/inseminacao-artificial-caseira-os-riscos-da-ideia-que-se-espalha-cada-vez-mais-em-grupos-de-internet.html>>. Acesso em: 20 de fev. 2019.

FEBRASGO. **Rastreo, diagnóstico e tratamento do câncer de colo de útero**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2017.

FERREIRA, B. DE O; PEDROSA J.I.S, JOSÉ; NASCIMENTO, E.F. Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde** (Online), v. 31, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6726/pdf> Acesso em 13 de Jan 2019.

FORNARI, L.F; MADUREIRA, A. B; LABRONICI, L.M.; MANTOVANI, M. F. Violência institucional em Unidades Básicas de Saúde sob o olhar de usuárias. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, p. 615-620, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36573/23914>>. Acesso em: 03 de Abri. 2017.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I** – a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

FURTADO, R. N.; CAMILO, J. A. O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subjetividades**, v. 16, p. 34-44, 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-07692016000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692016000300003) Acesso em: 05 de dez 2018.

GARCIA, PT. **Saúde da Mulher Geral**. Brasília: UNA-SUS-Universidade Aberta do SUS. 2013.

GOMES, V. L. O.; FONSECA, A. D.; JUNDI, M.G. da; SEVERO, T. P. Percepções de casais heterossexuais acerca do uso da camisinha feminina. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 22-30, 2011.

GRUPO ARCO-ÍRIS. **Pesquisa Lesbianidade, Bissexualidade e Comportamento Sexual**. Rio de Janeiro. 2008.

GUEDES, R.S. **“VOCÊ VAI FAZER ENGENHARIA, MENINA?” - AS MULHERES NA CIÊNCIA E TECNOLOGIA: UMA HISTÓRIA A SER ESCRITA**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Centro de Humanidades da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do título de Mestra. CAMPINA GRANDE – PB JUNHO, 2016

GUIMARÃES, F.R; NEWTON, P.C DA C; BEZERRA, R.S (organizadores). **Direitos humanos e vulnerabilidades: uma abordagem multidisciplinar para a consolidação da cidadania plural** [Livro eletrônico]. Campina Grande/PB: Realize Editora, 2017. Disponível em: <[https://www.editorarealize.com.br/revistas/ebook\\_conidih/trabalhos/ebook2\\_conidih2.pdf](https://www.editorarealize.com.br/revistas/ebook_conidih/trabalhos/ebook2_conidih2.pdf)>. Acesso: em 17 de Jan 2019.

HUGHES, T. L.; WILSNACK, S. C.; KANTOR, L. W. The Influence of Gender and Sexual Orientation on Alcohol Use and Alcohol-Related Problems: Toward a Global Perspective. **Alcohol Research: Current Reviews**, 38(1), 121–132. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **IBGE divulga as estimativas populacionais dos municípios para 2017**. 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/16131-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-para-2017.html>>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

JOHNSON, M.J; MUELLER, M; ELIASON, M.J; STUART, G; NEMETH, L.S. Quantitative and mixed analyses to identify factors that affect cervical cancer screening uptake among lesbian and bisexual women and transgender men. **J Clin Nurs**. 2016.

JUNQUEIRA, R.D. **Educação e homofobia: o reconhecimento da diversidade sexual para além do multiculturalismo liberal**. Em: Junqueira, R.D. (org). Diversidade sexual na educação: problematizações sobre a homofobia nas escolas. Brasília: MEC/UNESCO. p. 367-444. 2009b.

KAMEN, C.S; SMITH-STONER, M; HECKLER, C.E; FLANNERY, M; MARGOLIES, L. Social Support, Self-Rated Health, and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Disclosure to Cancer Care Providers. **Oncol Nurs Forum**. 2015.

KERR, L.R.F.S.; KENDALL, C. A pesquisa qualitativa em saúde. **Rev Rene**, v 14, n 6, p 1061-1063, 2013.

LEITE, P. A. ; Moraes-Filho IM. ; FELIS, K. C. ; LEITE, A. C. A. ; LEITE JUNIOR, P. S. ; GUIMARAES, C. M. . O estado da arte da atuação da enfermagem na reprodução assistida. **Revista de Iniciação Científica e Extensão** , v. 1, p. 390-399, 2018.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em debate**. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0244.pdf>>. Acesso em: 15 de Out. 2017.

LEMOS, V. **Os brasileiros que doam sêmen para inseminações caseiras**. 2017. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-42145205>> Acesso em 15 de Jan. 2019.

LÉVINAS, Emmanuel. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 91, 148.

LIMA, E. **Sespa elabora estratégias para campanha de prevenção ao câncer de colo de útero**. 2018 Disponível em: <http://agenciapara.com.br/Noticia/161575/sespa-elabora-estrategias-para-campanha-de-prevencao-ao-cancer-de-colo-de-uterio>. Acesso em 10 de Fev. 2019.

LIMA, M. D. A; SOUZA, A. S; DANTAS, M. F. Os Desafios a Garantia de Direitos da População LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).São Paulo-SP, **Revista Interfaces Saúde Humanas e Tecnologia**. Vol. 03, Nº 11, São Paulo-SP, P119-129, Jul\2016.

LIMA, P. E. S. **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. 2011.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **REV. SAÚDE E SOCIEDADE**. 2008. Disponível em: <  
[https://www.researchgate.net/publication/250054241\\_Que\\_direito\\_a\\_saude\\_para\\_a\\_populacao\\_GLBT\\_Considerando\\_direitos\\_humanos\\_sexuais\\_e\\_reprodutivos\\_em\\_busca\\_da\\_integralidade\\_e\\_da\\_equidade](https://www.researchgate.net/publication/250054241_Que_direito_a_saude_para_a_populacao_GLBT_Considerando_direitos_humanos_sexuais_e_reprodutivos_em_busca_da_integralidade_e_da_equidade)>. Acesso em: 19 de Mai. 2017.

LIRA, A. N. ; MORAIS, N. A. ; BORIS, G. D. J. B. . (In)Visibilidade da Vivência Homoparental Feminina: entre Preconceitos e Superações. **Psicologia: Ciência e Profissão (Online)** , v. 36, p. 1-14, 2016. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0020.pdf>. Acesso em 10 de mar. 2018.

LÚCIO, F.P.S; ABREU, P.D; VASCONCELOS, E.M.R; ARAÚJO, E.C. Rede social: avaliação do contexto de apoio ou contenção de mães lésbicas. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt\\_0034-7167-reben-71-s1-0490.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0490.pdf). Acesso em 01 de Jan. 2019.

MACHIN, R. ; COUTO, M. T. 'Fazendo a escolha certa': tecnologias reprodutivas, práticas lésbicas e uso de bancos de sêmen. **Physis** (UERJ. Impresso) , v. 24, p. 1255-1274, 2014.

MARQUES, A.M; OLIVEIRA, J.M DE; NOGUEIRA, C. A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** , v. 18, p. 2037-2047, 2013. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/19.pdf>. Acesso em: 15 de Jan 2018.

MASSA, L. **Maternidade lésbica: mulheres contam como formaram uma família**. 2016. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/maternidade-lesbica-mulheres-contam-como-formaram-uma-familia/>. Acesso em 15 de Fev. 2019.

MASSIGNAM, F. M. ; BASTOS, J. L. ; NEDEL, F.B . Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 544-541, 2015.

MELO, A. P. L. de. **Mulheres e outras Mulheres: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família**. 2010. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo (SP): Hucitec, 2013.

MONZON O. T., CAPELLAN J. M. Female-to-female transmission of HIV. **The Lancet**, 2, 40– 41.1987. Disponível em:  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(87\)93071-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(87)93071-6/fulltext). Acesso em 05 de Jan de 2019.



OLIVEIRA, G. S. ; NOGUEIRA, J.A. ; COSTA, G.P.O. ; SILVA, F. V. ; ALMEIDA, S.A. . Access by lesbians, gays, bisexuals and transvestites/transsexuals to the Basic Family Health Units. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** , v. 19, p. e3295, 2018.

OLIVEIRA, M. M. D. ; MESQUITA, M. R. . Saindo do armário: a história do movimento lésbico em Maceió. **REVISTA ÁRTEMIS**, v. 26, p. 387-405, 2018.

OLIVEIRA, P. V. P. LIBERDADE DE GÊNERO E SEXUALIDADE: O PAPEL DA EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE. **Communitas: Revista de Educação, Letras e Linguística**, v. 1, p. 233-267, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **POPULAÇÃO E DIREITOS: CIPD para além de 2014**. Brasília, agosto de 2013. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/06/UN-Position-Paper-Population-Rights.pdf>. Acesso em: 20 de Nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **OPAS/OMS apoia governos no objetivo de fortalecer e promover a saúde mental da população**. 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839). Acesso em 30 de nov. 2018.

PEREIRA, E. O. **Acesso e qualidade da atenção à Saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro**. [Dissertação]. Brasília, 2015.

PERUCCHI, J.; BRANDAO, B. C.; VIEIRA, H. I. S.. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. **Estudos de Psicologia**, v. 19, p. 67, 2014.

PIASON, A. da S. **A Militância de lésbicas e a visibilidade nas Políticas Públicas para as mulheres**. 2013. 141 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, RS, 2013.

PORTELA, A. P.; FERREIRA, V. (coord.). **Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados da pesquisa – Direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e bissexuais na percepção de profissionais de Saúde e usuárias do SUS**. Recife, PE: SOS Corpo – Instituto Feminista pela Democracia, 2009.

PREFEITURA DE BELÉM. **Atenção Básica**. 2017b. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12&conteudo=4674>. Acesso em 11 de Dezembro de 2017.

PREFEITURA DE BELÉM. **Distritos Administrativos de Belém**. 2017a. Disponível em: <http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=18&conteudo=4762>. Acesso em 10 de dezembro de 2017.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em Relação à Orientação Sexual e**

**Identidade de Gênero. Tradução Jones de Freitas.** 2007. Disponível em: <<http://www.clam.org.br/pdf/Yogyakarta.pdf>>. Acesso em: out. 2008.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. D. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico.** 2ª. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

RIBEIRO, K.S. ; OLIVEIRA, E. B. . A representação lésbica na publicidade. **DITO EFEITO**, v. 9, p. 87-101, 2018.

RICH, A. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. Tradução por Carlos Guilherme do Valle. **Revista Bagoas**, Natal, n. 5, 2010, p. 17-44. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309/1742>>. Acesso em: 02 de Mar. 2018.

ROSSI, M. “**Eu doe os óvulos, ela engravidou, nós duas amamentamos**”. 2017. Disponível em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/03/politica/1501791214\\_869482.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2017/08/03/politica/1501791214_869482.html)>. Acesso em: 06 de Fev. 2019.

RUFINO, A. **Políticas Públicas para a Saúde de Lésbicas no Brasil. Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais.** Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. BRASIL, 2014.

RUFINO, A.C ; MADEIRO, A. ; TRINIDADE, A.; SANTOS, R. ; FREITAS, S . Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014\*. **EPIDEMIOLOGIA E SERVICOS DE SAÚDE**, v. 27, p. 1-11, 2018.

SANTOS, C. V. M. ; GOMES, I. C. . The L Word ? Discussões em torno da parentalidade lésbica. **Psicologia: Ciência e Profissão (Online)** , v. 36, p. 101-115, 2016. Disponível em: ,<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v36n1/1982-3703-pcp-36-1-0101.pdf>.. Acesso em 05 de Jul. 2018.

SCHEFFER, B. **Quanto custa a reprodução assistida?** 2014. Disponível em: <<http://redeglobo.globo.com/globociencia/noticia/2013/05/quanto-custa-reproducaoassistida.html>>. Acesso em: 14 abr. 2018

SHIRLEY, K. C; ET AL. Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV — Texas, 2012. **Centers for Disease Control and Prevention, (CDC)**. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2014. Disponível em: ,<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6310.pdf>>. Acesso em 12 de Jan. 2018.

SOARES, A.C.E.C. **Feminilidade/Feminino**. In: COLLING, A.M; TEDESCHI, L.S (Orgs.). Dicionário crítico de gênero. Dourados: Ed. UFGD, 2015. p. 242-244.

SOARES, S. F.; DIAS, M. C. ; PERES, M. C. C. . Lesbocídio: o estudo dos crimes de ódio contra lésbicas no Brasil. **REVISTA PERIÓDICUS**, 2018.

SOUSA, F. M. H. de. **Homossexualidade, Telenovelas e Sociedade**. Trabalho apresentado no 7ª Encontro Nacional de História da Mídia. Fortaleza – Ceará, 2009.

SOUSA, F. B. . A SUBJETIVAÇÃO DO CORPO LÉSBICO EM AZUL É A COR MAIS QUENTE : DO ROMANCE GRÁFICO AO CINEMA. In: **XIII CONAGES**, 2018, Campina Grande. Anais XIII CONAGES, 2018.

SOUSA, J.C; MALLMANN, D.G; FREITAS, N.O; GALINDO, NETO, N.M; VASCONCELOS, E.M.R; ARAÚJO, E.C. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/issue/current>>. Acesso em: 02 de Abri. 2017.

TOLEDO, L. G; TEIXEIRA, F. S. Apontamentos sobre a construção sócio-histórica de estigmas e estereótipos em relação ao homoerotismo entre mulheres. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 10, n. 1, 39---61. 2011.

TORRES, K. A. de; ADRIÃO, K.G.. Feminismo em tempos de tecnocegonha 1: uma discussão acerca das novas tecnologias reprodutivas. **Revista Psicologia e Saúde** , v. 6, p. 56-63, 2014.

TRINDADE, P. **Saúde da mulher**. São Luís: UNASUS/UFMA, 2013.

UNITED NATIONS. **Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people**. 2015. Disponível em: <[http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/september/20150929\\_LGBTI](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/september/20150929_LGBTI)>. Acesso em 19 de Dez. 2017.

VENTURA, M. **Direitos Reprodutivos no Brasil**. 3.ed. Brasília: UNFPA, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos\\_reprodutivos3.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos3.pdf)>. Acesso em 13 de Ago. 2017.

VILELLA, W. **Homossexualidade feminina e saúde: ainda uma questão invisível? Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Secretaria de Políticas para as Mulheres Presidência da República. BRASIL, 2014.

WATANABE, K. V.; RODRIGUES, M.S. Vivências de trabalhadoras lésbicas em organizações de Pelotas/RS. **PERSPECTIVAS CONTEMPORÂNEAS**, v. 13, p. 151-170, 2018.

WICHTERICH, C. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Rio de Janeiro: **Heinrich Böll Foundation**, 2015. Disponível em: <[https://br.boell.org/sites/default/files/boll\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos\\_1.pdf](https://br.boell.org/sites/default/files/boll_direitos_sexuais_reprodutivos_1.pdf)>. Acesso em 10 de Jul. 2017.

XAVIER, J.N. et al Estatuto da criança e do adolescente e direitos humanos sexuais e reprodutivos na formação de enfermeiros e médicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 64-70, jan./mar. 2013.

ZUZELO, R.P .Improving Nursing Care for Lesbian, Bisexual, and Transgender Women. **Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses**. 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24980549>>. Acesso em: 24 de Nov. de 2017.

## APÊNDICE A-DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM

### Distritos Administrativos de Belém

<b>Distritos Administrativos do Município de Belém</b>	<b>Locais</b>
DAMOS - Distrito Administrativos de Mosqueiro	Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruará, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahú, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucurijuquara, Vila
DAOUT -Distrito Administrativo de Outeiro	Água Boa, Brasília, Itaiteua, São João do Outeiro
DAICO– Distrito Administrativo de Icoaraci	Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacueira, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa, Tenoné
DABEN- Distrito Administrativo do Benguí	Benguí, Cabanagem, Coqueiro, Parque Verde, Pratinha, São Clemente, Tapanã, Uma
DAENT - Distrito Administrativo do Entroncamento	Águas Lindas, Aurá, Castanheira, Curió-Utinga, Guanabara, Mangueirão, Marambaia, Souza, Val-de-Cans, Universitário.
DAMOS - Distrito Administrativos de Mosqueiro	Aeroporto, Ariramba, Baía do Sol, Bonfim, Carananduba, Caruará, Chapéu Virado, Farol, Mangueiras, Maracajá, Marahú, Murubira, Natal do Murubira, Paraíso, Porto Arthur, Praia Grande, São Francisco, Sucurijuquara, Vila
DAOUT -Distrito Administrativo de Outeiro	Água Boa, Brasília, Itaiteua, São João do Outeiro
DAICO– Distrito Administrativo de Icoaraci	Águas Negras, Agulha, Campina de Icoaraci, Cruzeiro, Maracacueira, Paracuri, Parque Guajará, Ponta Grossa, Tenoné

APÊNDICE B - DISTRITOS ADMINISTRATIVOS DE BELÉM E SUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

DISTRITOS	UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE/TIPO DE ATENDIMENTO
DAMOS	<p><b>UMS MARACAJÁ:</b> Atendimento médico com clínico geral, ginecologista, dermatologista, nutricionista, assistente social, odontologia, cardiologista, oftalmologista, enfermagem. A unidade conta com o Programa de tabagismo e programa do idoso. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS BAÍA DO SOL:</b> Atendimento médico com clínico geral, odontologia, nutricionista, enfermagem. A unidade conta com o Programa de pré-natal, Hiperdia, Planejamento familiar, Saúde mental, Pro-Ame. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase, e sala de vacinação.</p>
DASAC	<p><b>UMS SACRAMENTA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, psicologia, nutricionista, assistente social. A unidade conta com o Programa da Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Sala Vacinação. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS TELÉGRAFO:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicologia, nutricionista, assistente social, odontologia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Tabagismo, Saúde Mental. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS FÁTIMA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, gastroenterologia. A unidade conta com o Programa da Saúde Mental, Pré-natal, Alergia Alimentar e Sala de vacinação. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS PARAÍSO DOS PÁSSAROS:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatria, ginecologista, odontólogo, psicóloga, nutricionista e assistente social. A unidade conta com o programa Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar. Solicitação de exame de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS VILA DA BARCA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatria, ginecologista, odontólogo, nutricionista e assistente social. A unidade conta com o programa Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar. Solicitação de exame de tuberculose e hanseníase.</p>

	<p><b>UMS TAPANÁ:</b> Atendimento médico com clínico geral, ginecologista, psicóloga, nutricionista, assistente social, odontologia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS PRATINHA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista e odontólogo. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Teste do pezinho, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Sala Vacinação. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Aleitamento materno.</p> <p><b>UMS BENGUI II:</b> Atendimento médico com clínica geral, terapia ocupacional, assistência social, pediatria, ginecologista, psicologia, odontologia, nutricionista. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Aleitamento materno (PROAME). Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS CABANAGEM:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista e Assistente social. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Aleitamento materno (PROAME). Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS SATÉLITE:</b> A unidade conta com médico clínico geral, pediatras, ginecologistas e odontólogos. Atende os programas Hiper Dia, voltado para pessoas com diabetes, hipertensão e gestantes. Pré-natal, Tuberculose e Hanseníase, Programa de Saúde Mental, Teste do pezinho e Sala de vacinação.</p>
DABEN	<p><b>UMS TAPANÁ:</b> Atendimento médico com clínico geral, ginecologista, psicóloga, nutricionista, assistente social, odontologia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS PRATINHA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista e odontólogo. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Teste do pezinho, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Sala Vacinação. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Aleitamento materno.</p> <p><b>UMS BENGUI II:</b> Atendimento médico com clínica geral, terapia ocupacional, assistência social, pediatria, ginecologista, psicologia, odontologia, nutricionista. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Aleitamento materno (PROAME). Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS CABANAGEM:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista e Assistente social. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Saúde mental, Planejamento Familiar, Aleitamento materno (PROAME). Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p>

DAGUA	<p><b>UMS TERRA FIRME:</b> Atendimento médico com médico clínico geral, pediatria, ginecologista, nutricionista, psicólogo, assistente social e odontólogo. Solicitação de exames de Tuberculose e Hanseníase. Atende o programa Hiper Dia, voltado para pessoas com diabetes, hipertensão e gestantes. Pré-natal, Programa de Aleitamento Materno (Pró-Ame), Planejamento Familiar, Saúde mental e sala de vacinação.</p> <p><b>UMS JURUNAS:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, assistente social, odontólogo. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Tabagismo, Saúde Mental e Programa do Idoso. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS GUAMÁ:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, pneumologista, nutricionista, assistente social, odontólogo, fisioterapia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Teste do pezinho, Planejamento Familiar, Sala Vacinação, Saúde Mental e Programa do Idoso. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS CONDOR:</b> Atendimento médico como clínico geral, pediatra, ginecologista, dermatologista, nutricionista, psicólogo e odontólogo. Solicitação de exame de tuberculose e hanseníase. A unidade conta com o Programa do Hiper Dia, Pré-natal, e Sala de vacinação.</p> <p><b>UMS CREMAÇÃO:</b> Atendimento médico com clínico geral, odontologistas, pediatras, ginecologistas e nutricionistas. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase. A unidade conta com o Programa de Aleitamento Materno (Pró-Ame), Hiper Dia, Pré-natal, Saúde mental, e Sala de vacinação.</p>
DAENT	<p><b>UMS ÁGUAS LINDAS:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicologia, nutricionista, assistente social, odontologia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Programa do Idoso, Saúde Mental, Aleitamento materno (Pró-Ame). Solicitação de exames de PCCU, tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS CURIÓ:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicologia, nutricionista, assistente social, odontologia. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Programa do Idoso, Saúde Mental, Aleitamento materno (Pró-Ame), Crescimento e desenvolvimento, Humanização e Pediatria Neo-Natal. Solicitação de exames de PCCU, tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p> <p><b>UMS PROVIDÊNCIA:</b> A unidade conta com médico clínico geral, ginecologista, pediatra e odontólogo. Os programas da unidade são: Aleitamento Materno (Pró-Ame), Pré-natal, Hiper Dia, Teste do pezinho, Saúde Mental e Sala de vacinação.</p> <p><b>UMS TAVARES BASTOS:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, odontólogo, cardiologista, obstetra, urologista, cirurgião geral e assistente social. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Tabagismo, Saúde Mental e Aleitamento materno (Pró-Ame). Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase.</p> <p><b>UMS MARAMBAIA:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, assistente social, odontólogo. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Planejamento Familiar, Tabagismo, Saúde Mental e Programa do Idoso. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala Vacinação.</p>

DAICO/DAOUT	<p><b>UMS ICOARACI:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatra, ginecologista, psicóloga, nutricionista, odontólogo, psiquiatria e assistente social. A unidade conta com o Programa de Pré-natal, Hiper Dia, Tabagismo, Planejamento Familiar, Saúde Mental e Aleitamento materno (Pró-Ame), DST/AIDS, Programa do Idoso, Criança em desenvolvimento. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase e Sala de vacinação.</p> <p><b>UMS OUTEIRO:</b> Atendimento Urgência e Emergência 24h. Atendimento médico com clínico geral, pediatria, ginecologista, odontólogo, nutricionista e assistente social. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase. A unidade conta com o Programa da Saúde Mental, programa do idoso, Aleitamento Materno (Pró-Ame), Hiper Dia, Planejamento familiar e Sala de vacinação.</p> <p><b>UMS COTIJUBA:</b> Atendimento Urgência e Emergência 24h. Atendimento médico com clínico geral, ginecologista e odontólogo. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase. A unidade conta com os programas: Pré-Natal, Saúde Mental, Aleitamento Materno (Pró-Ame), Hiper Dia, Planejamento familiar, e Sala de vacinação.</p> <p><b>UMS MAGUARI:</b> Atendimento médico com clínico geral, pediatria, ginecologista e odontólogo. Solicitação de exames de tuberculose e hanseníase. A unidade conta com o Programa da Saúde Mental, Aleitamento Materno (Pró-Ame), Hiper Dia, Planejamento familiar, DST/Aids, Teste do pezinho e Sala de vacinação.</p>
-------------	--

FONTE: PREFEITURA DE BELÉM, 2017 B



**APÊNDICE C- ROTEIRO PARA A ENTREVISTA****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Pseudônimo do (a) enfermeiro (a) entrevistado (as): \_\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Horário do início da entrevista \_\_\_\_: \_\_\_\_

Horário do término da entrevista \_\_\_\_: \_\_\_\_

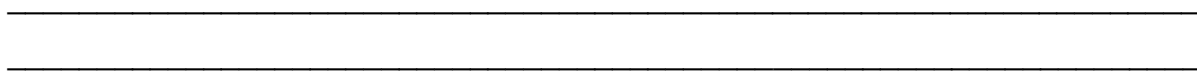
Questões para a entrevista:

- 1- Como é a rotina do seu serviço aqui na unidade? E o público que você atende?
- 2- Para você o que são direitos sexuais e reprodutivos?
- 3- Quais são os encaminhamentos para a saúde das lésbicas?
- 4- Você já recebeu alguma capacitação sobre saúde das lésbicas?

Anotações e observações do pesquisador:

---

---



**APÊNDICE D- QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Número da Entrevista: \_\_\_\_\_

Número do questionário: \_\_\_\_\_

Pseudônimo do enfermeiro (a) entrevistado (a):

\_\_\_\_\_

Data da entrevista \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DADOS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA**

1. sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

2. Data do Nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Idade: \_\_\_\_\_

4. Tempo de serviço na UBS: \_\_\_\_\_

5. Tempo de formado: \_\_\_\_\_

6. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

7. Local da Formação: \_\_\_\_\_

8. Fez alguma pós graduação: ( ) Sim ( ) Não

( ) Pós-Graduação Lato sensu, Em que? \_\_\_\_\_

( ) Pós-Graduação Scricto Sensu, Em que? \_\_\_\_\_

( ) Residência

09. Possui outro emprego?

( ) Sim ( ) Não

10. Você tem alguma religião? Qual?

\_\_\_\_\_

11. Qual a sua orientação sexual?

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE E- QUADROS ANALÍTICOS

Sujeito	Fala completa	Frase de destaque	Categoria
01	<p>Em relação ao atendimento, ao planejamento familiar, sobre os cuidados da parte de reprodução das mulheres e dos homens, ou seja, nessa linha de lésbicas, nós tratamos pelo menos de uma forma, sem nenhum tipo de preconceito... atendemos de uma forma...só que o que eu percebo durante o atendimento a esta classe, é que ainda há um certo receio de eles colocarem a própria preferência, muita das vezes nós captamos através do atendimento, a por exemplo...quando eu cito as vezes uma questão de fazer um tratamento, vamos supor de uma vulvovaginite, de uma DST a esses pacientes, quando eu cito...eu pergunto algumas vezes em relação, a se tem parceiro, ai nesse momento uns pacientes relatam que não tem um parceiro, mas tem uma parceira, então nessa hora, a gente faz um outro tratamento, passa um outro creme. Durante o atendimento, na entrevista e geralmente nesse caso da entrevista, e muita das vezes a própria maneira de agir, também em alguns casos, mas algumas vezes são bem discretos que não dá pra perceber assim de uma forma visual, de uma forma das características das condutas da pessoa.</p>	<p>A própria maneira de agir, também em alguns casos, mas algumas vezes são bem discretos que não dá pra perceber assim de uma forma visual, de uma forma das características das condutas da pessoa.</p>	<p>“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE</p>
01	<p>Não pergunto sobre a orientação sexual, geralmente eu deixo a pessoa a vontade</p>	<p>Não pergunto sobre a orientação sexual, geralmente eu deixo a pessoa a vontade</p>	<p>“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO</p>
02	<p>Nós atenderíamos ela aqui mesmo, onde ela ia ser orientada, quanto a importância do uso de preservativo, do cuidado com a parceira, porque aqui já temos o atendimento de enfermagem voltado para todas as pessoas que precisam da gente, então ela ia ser atendida normalmente pela nossa casa, como uma paciente normal, mesmo como paciente de TB, como de hanseníase, como todos os outros casos</p>	<p>Então ela ia ser atendida normalmente pela nossa casa, como uma paciente normal, mesmo como paciente de TB, como de hanseníase, como todos os outros casos</p>	<p>“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE</p>

02	É uma opção sexual que a pessoa opta por ter relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo, eu acho que isso já vem de dentro, eu acho que a pessoa até tenta, não sei, eu não sei explicar direito porque eu tenho na minha família lésbica, minha cunhada é lésbica, ela casou teve filho e depois ela virou lésbica, então eu não sei explicar porque que elas são lésbicas, mas assim que eu respeito a orientação e não tenho preconceito.	É uma opção sexual que a pessoa opta por ter relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo, eu acho que isso já vem de dentro, eu acho que a pessoa até tenta, não sei, eu não sei explicar direito.	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
02	Não pergunto, geralmente porque o público que eu tenho, é pré-natal né? A gente não faz essa parte...a gente pergunta muito sobre a parte de casa, moradia, renda, mas a opção sexual eu não costumo perguntar.	Não pergunto, geralmente porque o público que eu tenho, é pré-natal né? A gente não faz essa parte...a gente pergunta muito sobre a parte de casa, moradia, renda, mas a opção sexual eu não costumo perguntar.	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
03	Não assim que ela declarasse ser lésbica e também no nosso dia dia a gente não tem esse questionamento no nosso prontuário entendeu? Na verdade a gente nem atentou pra essa questão que tu estás me trazendo agora e que a partir de agora... eu fiquei muito feliz...só fazendo uma parte que eu tô muito feliz em responder essa pesquisa porque me acendeu uma luz que tava apagada dentro de mim tu estás entendendo? Que é um público que realmente requer uma atenção especial né? Então eu estou muito feliz, a partir desse momento, eu vou começar a perguntar, não ter vergonha de perguntar não é? É uma questão que está ai presente pra gente, na questão da saúde mesmo, que a gente tem que começar a trabalhar em cima disso.	<p>Não assim que ela declarasse ser lésbica e também no nosso dia dia a gente não tem esse questionamento no nosso prontuário entendeu?</p> <p>Na verdade a gente nem atentou pra essa questão que tu estás me trazendo agora e que a partir de agora... eu fiquei muito feliz...só fazendo uma parte que eu tô muito feliz em responder essa pesquisa porque me acendeu uma luz que tava apagada dentro de mim tu estás entendendo?</p> <p>Eu vou começar perguntar, não ter vergonha de perguntar não é? É uma questão que está ai presente pra gente, na questão da saúde mesmo, que a gente tem que começar a trabalhar em cima disso.</p>	É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
03	Aqui na nossa unidade nós somos unidades básica, então quando a mulher... por exemplo a gente ainda não teve esse caso, mas a partir do momento de agora que tu estás me trazendo, isso aqui pra mim é uma novidade que nem deveria ser sabe Gesiany? Mas é uma novidade quando a mulher homossexual	Mas é uma novidade quando a mulher homossexual chegar e dizer que ela quer ter um filho a gente vai ter que encaminhar para o serviço especializado que é o serviço que vai levar ela a fazer a escolha dela se ela quer ter através do método natural,	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?”

	chegar e dizer que ela quer ter um filho a gente vai ter que encaminhar para o serviço especializado que é o serviço que vai levar ela a fazer a escolha dela se ela quer ter através do método natural, tradicional, que as vezes as mulheres fazem isso né? Ou através da inseminação artificial que tem um programa no SUS que leva a fazer a inseminação artificial.	tradicional, que as vezes as mulheres fazem isso né? Ou através da inseminação artificial que tem um programa no SUS que leva a fazer a inseminação artificial.	
03	A gente orienta que a mulher lésbica também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV que isso foi um equívoco de políticas de saúde passadas, que foram negligenciadas, mas que depois foi revista e agora já tem essa orientação que ela também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis.	A gente orienta que a mulher lésbica também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV que isso foi um equívoco de políticas de saúde passadas, que foram negligenciadas, mas que depois foi revista e agora já tem essa orientação que ela também pode contrair as doenças sexualmente transmissíveis.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
03	A gente orienta né a questão...eu não sei te dizer (pausa)...Como eu te falei eu não tenho esse entendimento, mas as orientações seriam em relação mesmo as prevenções das doenças sexualmente transmissíveis, da sífilis, do HIV, as orientações tradicionais que a gente dá mesmo.	A gente orienta né a questão ...eu não sei te dizer ..Como eu te falei eu não tenho esse entendimento, mas as orientações seriam em relação mesmo as prevenções das doenças sexualmente transmissíveis, da sífilis, do HIV, as orientações tradicionais que a gente dá mesmo.	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?": A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
03	A gente orienta que elas tem que fazer o preventivo, porque o câncer do colo, ele tem um porcentual muito mínimo de hereditariedade, mas ele tem, a maior parte dele é adquirido através do vírus HPV, mas ele tem um índice bem pequeno da hereditariedade, que a gente orienta elas também, que elas podem contrair o HPV no ato sexual, inclusive sendo mulher com mulher, na relação homossexual, então elas tem que fazer o preventivo também pra tapar as lesões que pode provocar no colo do útero.	A gente orienta que elas tem que fazer o preventivo, porque o câncer do colo, ele tem um porcentual muito mínimo de hereditariedade, mas ele tem, a maior parte dele é adquirido através do vírus HPV, mas ele tem um índice bem pequeno da hereditariedade, que a gente orienta elas também, que elas podem contrair o HPV no ato sexual, inclusive sendo mulher com mulher, na relação homossexual, então elas tem que fazer o preventivo também pra tapar as lesões que pode provocar no colo do útero.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
03	Os direitos sexuais e reprodutivos, é quando a mulher, o homem e a mulher ou a mulher e o seu parceiro	é direito conquistado e que bom que a gente tá evoluindo, e que também tem	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO

	<p>sexual, seja ele homem ou mulher, decidem né? A como eles querem se relacionar sexualmente, se eu quero me relacionar com homem ou com mulher é um direito meu, na verdade isso é uma conquista né? A mulher teve muitas conquistas durante todo esse processo de sua existência, conquistou o direito de voto, conquistou o direito da liberdade sexual com o advento do contraceptivo né, e depois dessa liberdade sexual, ela conquistou a liberdade de se relacionar com quem ela quiser, seja com homem ou com mulher, então isso é uma conquista, então é um direito que foi conquistado, então direito conquistado a gente respeita e a gente tem que acolher, tem que trabalhar em cima disso, não pode negar e nem dizer que tá errado e que tá certo né, é direito conquistado e que bom que a gente tá evoluindo, e que também tem o direito a reprodução, vai decidir quando quer ter um filho, sendo ela homo, sendo ela heterossexual, ela tem o direito a maternidade e a paternidade de acordo com a sua orientação sexual.</p>	<p>o direito a reprodução, vai decidir quando quer ter um filho, sendo ela homo, sendo ela heterossexual, ela tem o direito a maternidade e a paternidade de acordo com a sua orientação sexual.</p>	<p>COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?"</p>
04	<p>Eu te confesso que como capacitação a gente ainda não teve isso, mas como a gente sempre pesquisa, então o que a gente sempre fala é a questão porque algumas vezes, a abertura não é total, mas dependendo de como elas se colocam a gente sempre coloca a questão da proteção mesmo, a gente sabe que há uma prática oral, nem sempre elas referem a prática de uso de instrumentos, e algumas vezes, alguma já refere que teve atividade, relacionamentos heteros, então na questão especial do PCCU como a gente tem o HPV envolvido, a gente sempre fala da prática do uso do preservativo...ai as vezes elas questionam, mas como que a gente vai usar o preservativo, ai que eu entro que uma vez eu participando de uma palestra foi informado pra gente a questão do uso do filme de pvc, na hora da prática do sexo oral, então a gente orienta, mas a gente observa que não é uma coisa que é bem-vinda, elas acham estranho, não sei (risos), mas a gente tenta.</p>	<p>a gente sabe que há uma prática oral, nem sempre elas referem a prática de uso de instrumentos, e algumas vezes, alguma já refere que teve atividade, relacionamentos heteros, então na questão especial do PCCU como a gente tem o HPV envolvido, a gente sempre fala da prática do uso do preservativo...ai as vezes elas questionam, mas como que a gente vai usar o preservativo, ai que eu entro que uma vez eu participando de uma palestra foi informado pra gente a questão do uso do filme de pvc, na hora da prática do sexo oral, então a gente orienta, mas a gente observa que não é uma coisa que é bem-vinda, elas acham estranho, não sei (risos), mas a gente tenta.</p>	<p>É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE": A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA</p>



04	As vezes parte delas, porque elas se colocam...a questão do tamanho do aparelho né? E ai citam o motivo, as vezes pela própria postura, já tem uma identificação com o gênero masculino né? então, mas ainda assim já tiveram relação sexual e sabem da necessidade de fazer o exame.	Às vezes pela própria postura, já tem uma identificação com o gênero masculino, né?	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
04	O que a gente sempre comenta...e assim o que que eu posso te dizer no meu atendimento, eu não costumo... que nem eu lhe digo...só se elas referirem alguma coisa...a gente sabe que algumas lésbicas hoje que tem aquele padrão meio estereotipado já tendendo para o masculino e tem outras que...e tem outras que... não sei se cabe, aquelas que ainda...tem o relacionamento homoafetivo, mas também tem o hetero, então o que que eu tento, eu sempre coloco a questão de se proteger, independente da prática que você tenha, que você precisa da proteção.	A gente sabe que algumas lésbicas hoje que tem aquele padrão meio estereotipado já tendendo para o masculino.	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
04	Olha (risos) eu te confesso... antigamente era assim, hetero e era homo, hoje a gente vê uma gama de ...a grosso modo o que era ser lésbica, era ter um relacionamento com uma outra mulher, uma mulher com uma outra mulher, eu te confesso que eu não sei se mudou isso...não né? Até agora quando a gente veio fazer a nossa camisa do outubro rosa, ficou essa questão, porque eu achei um símbolo, aquele masculino e feminino...mas quando chegou no consenso o pessoal olha...esses símbolos...acabou que a gente abortou a ideia, porque é tanta hoje denominação que a gente não sabe pra onde vai...de um modo geral quando a gente abortou a ideia foi na questão de não agredir ninguém, na intenção de quando é outubro rosa a gente vai ta falando de mulher, independente da orientação que ela tenha e novembro azul ao sexo masculino, independente da orientação que ele tenha, porque a gente vê o fisiológico, as lésbicas tem os mesmos órgãos genitais, sexuais e reprodutivo de uma mulher que se diz hetero né? Então a gente pensou o fisiológico.	Independente da orientação que ele tenha, porque a gente vê o fisiológico, as lésbicas tem os mesmos órgãos genitais, sexuais e reprodutivo de uma mulher que se diz hetero né? Então a gente pensou o fisiológico.	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE

05	Olha, em específico a essa tua pergunta, eu não sei te dizer qual é a conduta pro tratamento pra ter filho, aí o que a gente vai trabalhar é em cima da orientação da reprodução, mas em específico a esse caso, não tem, não sei, que talvez a orientação fosse dada seria encaminhar pro CRAS, que nessa parte do planejamento familiar, a gente acaba encaminhando pro CRAS que é a parte social e lá seria mais fácil para encaminhar por essa questão dessa temática que você abordou agora.	Olha, em específico a essa tua pergunta, eu não sei te dizer qual é a conduta pro tratamento pra ter filho, aí o que a gente vai trabalhar é em cima da orientação da reprodução, mas em específico a esse caso, não tem, não sei, que talvez a orientação fosse dada seria encaminhar pro CRAS, que nessa parte do planejamento familiar, a gente acaba encaminhando pro CRAS que é a parte social e lá seria mais fácil para encaminhar por essa questão dessa temática que você abordou agora.	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODER TER, NÉ?”
05	Nessa parte nós trabalhamos mais na parte das orientações da sexualidade em termo de doença sexualmente transmissíveis, quais são os métodos, quais são os exames que devem ser feitos, então a gente acaba que orientando o sexo homem ou mulher, mas não dentro da opção da temática da opção sexual, mas sim a temática da saúde, da questão do homem, quais são os exames que deve ser feito, quem é o serviço que deve procurar, o que ele deve utilizar como método anticoncepcional ou de proteção de doença, assim vale também para o sexo feminino, seria a questão da saúde da mulher,, fazer o preventivo, o auto exame a questão da utilização da camisinha, fazer o teste rápido, essa procura do serviço de saúde no geral.	Nessa parte nós trabalhamos mais na parte das orientações da sexualidade em termo de doença sexualmente transmissíveis, quais são os métodos, quais são os exames que devem ser feitos, então a gente acaba que orientando o sexo homem ou mulher,	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
06	Não é abordado, não da forma que deveria é muito sistemático, o pré-natal ele é baseado naquela relação que você julga que é uma relação hetero, se quer perguntamos se a parceira se é do mesmo sexo ou não, eu acho que é pouco abordado, nem é abordado.	Não é abordado, não da forma que deveria é muito sistemático, o pré-natal ele é baseado naquela relação que você julga que é uma relação hetero, se quer perguntamos se a parceira se é do mesmo sexo ou não, eu acho que é pouco abordado, nem é abordado.	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
06	Primeiro direito sexual...a primeira abordagem sobre direito sexual é de entender que o usuário tem uma opção né? E que ele desse ser compreendido dentro das suas particularidades dentro dessa opção que ele escolheu da vida sexual dele	Uma vez que nem se quer perguntamos a opção sexual, dentro da minha consulta por exemplo eu me questionei esses dias é uma pergunta que eu nunca fiz, é saber a opção sexual da pessoa,	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

	<p>né? e tem que ser respeitado e tem que ser incluído dentro dessa assistência que é muito ampla, mas que de certa forma não consegue direcionar, uma vez que nem se quer perguntamos a opção sexual, dentro da minha consulta por exemplo eu me questioneei esses dias é uma pergunta que eu nunca fiz, é saber a opção sexual da pessoa, então já começa por ai, entender que ela pode ter uma queixa, uma dificuldade, que a minha consulta não vai permitir que ela se enquadre, e talvez ela não tenha liberdade pra falar, ai eu acho que direito sexual começa por eu entender qual é o universo daquela pessoa.</p>	<p>então já começa por ai, entender que ela pode ter uma queixa, uma dificuldade, que a minha consulta não vai permitir que ela se enquadre, e talvez ela não tenha liberdade pra falar, ai eu acho que direito sexual começa por eu entender qual é o universo daquela pessoa.</p>	
06	<p>Justamente por isso...porque talvez eu não tenha siso feito esse link...eu fui parar pra pensar quando você falou sobre o tema. E ai me veio um negócio, se quer caramba eu nunca perguntei. Eu acho que desde a faculdade e até o momento foi sistematizado pra se trabalhar com o que é convencional, com o que é tradicional entre aspas e automaticamente as nossas perguntas não são voltadas pra incluir os demais.</p>	<p>Justamente por isso...porque talvez eu não tenha siso feito esse link...eu fui parar pra pensar quando você falou sobre o tema. E ai me veio um negócio, se quer caramba eu nunca perguntei. Eu acho que desde a faculdade e até o momento foi sistematizado pra se trabalhar com o que é convencional, com o que é tradicional entre aspas e automaticamente as nossas perguntas não são voltadas pra incluir os demais.</p>	<p>“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO</p>
06	<p>Olha eu iria colocando os diversos riscos que ela está exposta né? No caso usar camisinha sempre no sexo oral, principalmente no sexo oral né, que é a primeira forma de contato, então o uso de camisinha, o uso de camisinha (risos) eu tô pensando em outras formas...é o uso de camisinha.</p>	<p>Olha eu iria colocando os diversos riscos que ela está exposta né? No caso usar camisinha sempre no sexo oral, principalmente no sexo oral né, que é a primeira forma de contato, então o uso de camisinha, o uso de camisinha (risos) eu tô pensando em outras formas...é o uso de camisinha.</p>	<p>“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA</p>
07	<p>Assim, é porque...o assunto a gente sabe o meio que é feito a transmissão, como é relação de mulher com mulher, vou ser sincera contigo eu ia ter que perguntar várias coisas pra ela, pra eu poder a relação dela, pra eu poder passar a informação, porque assim, porque eu não sei se a pessoa tem relação só com mulher ou se fora isso tem com outro parceiro, mas se caso fosse</p>	<p>A gente sabe o meio que é feito a transmissão, como é relação de mulher com mulher, vou ser sincera contigo eu ia ter que perguntar várias coisas pra ela, pra eu poder a relação dela, pra eu poder passar a informação, porque assim, porque eu não sei se a pessoa tem relação só com</p>	<p>“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?”: A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO</p>

	repassar pra ela, eu ia repassar como se fosse mulher e um homem.	mulher ou se fora isso tem com outro parceiro, mas se caso fosse repassar pra ela, eu ia repassar como se fosse mulher e um homem.	
07	Ai eu vou te falar que eu ia ficar perdida... Eu até conversando com a outra enfermeira que esse é um tema que não é abordado muito né, então ai, é quase ninguém toca nesse assunto (07)	Ai eu vou te falar que eu ia ficar perdida... Eu até conversando com a outra enfermeira que esse é um tema que não é abordado muito né, então ai, é quase ninguém toca nesse assunto (07)	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?": A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO
07	Então teve um caso, que foi um casal de lésbica, que o homem da história, no caso, ele ia fazer o preventivo, ele, ela ia fazer o preventivo, e foi muito rígido, a namorada no caso que foi e conversou e falou você vai fazer o preventivo, ai a gente entrou pra sala do preventivo eu conversei, expliquei, porque ela nunca tinha feito na vida dela, na época ela tinha 30 anos, isso foi em 2012 por ai, ela tinha 30 anos, quando eu expliquei pra ela falou que não ia fazer, ela se vestiu e saiu da sala. Era mulher, era lésbica, mas ela não gostava...quando a gente olhou a identidade dela, ainda tava a foto com ela de cabelo grande, toda de maquiagem e de brinco... Ai a gente olhou você é a dona e tal, e ela disse “sou eu”, ela tava de cabelo curto, tava vestida que nem homem entendeu?	Então teve um caso, que foi um casal de lésbica, que o homem da história... quando a gente olhou a identidade dela, ainda tava a foto com ela de cabelo grande, toda de maquiagem e de brinco ...ai a gente olhou você é a dona e tal, e ela disse “sou eu”, ela tava de cabelo curto, tava vestida que nem homem, entendeu?	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
07	Eu acho que a lésbica é mais pelo modo de ser, a gente julga muito as pessoas, olhou acha que é, é tipo isso, mas a gente não pergunta que é ou que não é, porque a gente não sabe com ela vai receber.	Eu acho que a lésbica é mais pelo modo de ser, a gente julga muito as pessoas, olhou acha que é, é tipo isso, mas a gente não pergunta que é ou que não é, porque a gente não sabe com ela vai receber.	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
08	Sim, eu tenho uma curiosidade sim nas lésbicas, então eu procuro, na UNA-SUS que de vez em quando tem uns cursos muito bacana, mas assim eu ainda acho muito curto, agente ainda fica cheio de dúvidas em relação a isso...e quando chega pra ti uma pessoa, as vezes fica sem ação, não sabe nem o que responder.	Sim, eu tenho uma curiosidade sim nas lésbicas, então eu procuro, na UNA-SUS que de vez em quando tem uns cursos muito bacana, mas assim eu ainda acho muito curto, agente ainda fica cheio de dúvidas em relação a isso...e quando chega pra ti uma pessoa, as vezes fica sem ação, não sabe nem o que responder.	“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?": A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

08	Já mas foi muito rápido, foi durante o atendimento do PCCU que a gente pergunta se ela menstruou se ela mantém relação, ai ela disse que não “eu não mantenho relação com homem” mas vocês usam alguma coisa pra fazer penetração, foi quando a gente começou a pensar no assunto, mas foi algo bem superficial.	Já mas foi muito rápido, foi durante o atendimento do PCCU que a gente pergunta se ela menstruou se ela mantém relação, ai ela disse que não “eu não mantenho relação com homem” mas vocês usam alguma coisa pra fazer penetração, foi quando a gente começou a pensar no assunto, mas foi algo bem superficial.	É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
08	A musculatura né? é mais rígida, então a gente tem dificuldade na penetração, não sei se é pelo nervosismo fica muito seca, tem uma dificuldade maior em fazer em lésbica...eu uso em quase todas as mulheres o especulo P.	A musculatura né? é mais rígida, então a gente tem dificuldade na penetração, não sei se é pelo nervosismo fica muito seca, tem uma dificuldade maior em fazer em lésbica...eu uso em quase todas as mulheres o especulo P.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
09	Eu falaria pra ela fazer todos os exames regularmente, fazer o PCCU, secreção vaginal, está gradativamente fazendo todos os exames, ela e a parceira né, porque como prevenção assim é bem difícil, porque elas não usam essas camisinhas que não deram certo né? Feminina, eu falaria pra elas estarem se cuidando juntas né? Pra tá cuidando das duas pra poder evitar.	Eu falaria pra ela fazer todos os exames regularmente, fazer o PCCU, secreção vaginal, está gradativamente fazendo todos os exames, ela e a parceira né, porque como prevenção assim é bem difícil, porque elas não usam essas camisinhas que não deram certo né? Feminina, eu falaria pra elas estarem se cuidando juntas né? Pra tá cuidando das duas pra poder evitar.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
09	Se chegasse uma lésbica e falasse que faz relação apenas com mulher e gostaria de fazer parte do planejamento familiar eu iria encaminhar ela para o ginecologista que ai o ginecologista iria encaminhar ela para outra demanda, porque só eles que tomam conta dessa parte entendeu? Médico encaminha pra médico, ele ia avaliar ela vê o que ela precisa e depois encaminhar ela.	Se chegasse uma lésbica e falasse que faz relação apenas com mulher e gostaria de fazer parte do planejamento familiar eu iria encaminhar ela para o ginecologista	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?”
09	Na hora de inserir o especulo, como elas não estão acostumadas com aquele tipo de coisa e realmente elas não tem introdução nenhuma ai acaba na hora de introduzir o especulo dói muito. Quando não dá pra coletar eu encaminho pro ginecologista, ei ele passa uma	Na hora de inserir o especulo, como elas não estão acostumadas com aquele tipo de coisa e realmente elas não tem introdução nenhuma ai acaba na hora de introduzir o especulo dói muito. Quando não dá pra coletar eu encaminho pro ginecologista,	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

	pomada pra ficar bem lubrificada, ei ela volta comigo.	ei ele passa uma pomada pra ficar bem lubrificada, ei ela volta comigo.	
10	Higiene antes do ato, e evitar múltiplos parceiros, eu acho isso importante, ter uma observação, tipo inspeção, tu já conhece a pessoa, tu conversa com ela, já pediu o teste, deu tudo negativo, beleza, ótimo, mas se não deu, deu alguma coisa alterada e essa pessoa não fala nada e deixa passar e acontece o ato, eu acho muito importante a visualização, a pessoa antes de ter o contato, fazer uma inspeção.	Higiene antes do ato, e evitar múltiplos parceiros, eu acho isso importante, ter uma observação, tipo inspeção, tu já conhece a pessoa, tu conversa com ela, já pediu o teste, deu tudo negativo, beleza, ótimo, mas se não deu, deu alguma coisa alterada e essa pessoa não fala nada e deixa passar e acontece o ato, eu acho muito importante a visualização, a pessoa antes de ter o contato, fazer uma inspeção.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
10	Seria assim..é..talvez seria a mesma abordagem tanto pra hetero, tanto pra lésbicas e homossexuais...conhecer o parceiro antes do relacionamento, eu acho muito importante que cada início de relacionamento tenha uma conversa franca com pedido de exames, como tem referência como o CTA para detectar essas ISTs e outras, eu acharia importante que no início de cada relacionamento o casal tanto hetero como homossexual, fizessem essa triagem até pra cuidar da própria saúde, então tem que conhecer a pessoa com quem vai se relacionar, não somente com conversa, mas com exames.	Eu acho muito importante que cada início de relacionamento tenha uma conversa franca com pedido de exames, como tem referência como o CTA para detectar essas ISTs e outras, eu acharia importante que no início de cada relacionamento o casal tanto hetero como homossexual, fizessem essa triagem até pra cuidar da própria saúde, então tem que conhecer a pessoa com quem vai se relacionar, não somente com conversa, mas com exames.	“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA
11	É o direito como qualquer outro cidadão pode ter né, é um direito que você tem, apesar da sua orientação sexual de você ser mãe, de ter sua família de constituir, então de ter direito dessa reprodução, de gerar uma criança, ter aquela sensação do que é ser mãe, então eu acho muito valido esse direito.	É o direito como qualquer outro cidadão pode ter né, é um direito que você tem, apesar da sua orientação sexual de você ser mãe, de ter sua família de constituir, então de ter direito dessa reprodução, de gerar uma criança, ter aquela sensação do que é ser mãe, então eu acho muito valido esse direito.	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?”
11	Primeiro elas tem que vir com a assistência social então ai no caso, a gente sabe que elas tem o direito delas de terem fazendo essa reprodução, agora eu sei que antes dela chegar aqui creio que a assistente social estaria encaminhando por setor correto para	Primeiro elas têm que vir com a assistência social então ai no caso, a gente sabe que elas tem o direito delas de terem fazendo essa reprodução, agora eu sei que antes dela chegar aqui creio que a assistente social	SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?”

	fazer essa reprodução, eu não sei te dizer direito como é que está sendo feito esse processo esse tramite, sabe que existe toda uma burocracia.	estaria encaminhando por setor correto para fazer essa reprodução, eu não sei te dizer direito como é que está sendo feito esse processo esse tramite, sabe que existe toda uma burocracia.	
11	<p>A gente sabe do preservativo feminino, que elas podem ser utilizados...mas é muito importante a mulher independente da orientação sexual, ela está fazendo os exames, a gente sabe que o SUS é um pouco complicado de ta solicitando esses exames, principalmente as sorologias, geralmente quando a mulher é gestante ela já tem esse direito, as outras por não estarem gestante é difícil, mas se ela puder tá fazendo essa sorologia antes, para se conhecer, saber o que ela tem, é ótimo...Os cuidados que a gente tem as ISTs muito comum hoje em dia né, a gente tem sífilis, a gente tem herpes, e várias outras que se pega, se tem crescido muito isso, até mesmo o próprio HIV, então orientando como se pega, o HIV, por meio sexual, mas também por meio de agulhas contaminadas, por meio de transfusão sanguínea, retirar isso, porque tem muitos pacientes que eles não tem aquele conhecimento, eles são leigos, não são a gente que pesquisa, tem aqueles que tem aquele conhecimento de internet...mas muito que não sabem, pela própria falta de orientação, a gente tem uma deficiência muito grande do próprio governo, que eu percebo que eles não são de tá fazendo ações, orientações pra todos os públicos, carnaval tá chegando e uma coisa que sinto muita falta essa orientação, é muito fácil a gente ver pela rua no momento do carnaval eles distribuírem camisinha, mas será que isso só é fundamental, porque muitas vezes a gente distribui e falam “ah mas não vou engravidar” e acha que é só pra isso, e o principal que é o IST...ai então temos o uso do preservativo feminino, então elas podem tá fazendo o uso, ter o cuidado no momento de fazer o sexo oral, explicar que tem as ISTS, a própria herpes né, que ela pode tá passando também a herpes oral e herpes genital e se tiver em processo</p>	<p>[...] a gente sabe que o SUS é um pouco complicado de ta solicitando esses exames, principalmente as sorologias, geralmente quando a mulher é gestante ela já tem esse direito, as outras por não estarem gestante é difícil, mas se ela puder tá fazendo essa sorologia antes, para se conhecer, saber o que ela tem, é ótimo...</p> <p>[...]a gente tem uma deficiência muito grande do próprio governo, que eu percebo que eles não são de tá fazendo ações, orientações pra todos os públicos, carnaval tá chegando e uma coisa que sinto muita falta essa orientação, é muito fácil a gente ver pela rua no momento do carnaval eles distribuírem camisinha, mas será que isso só é fundamental, porque muitas vezes a gente distribui e falam “ah mas não vou engravidar” e acha que é só pra isso, e o principal que é o IST...</p> <p>[...]ai então temos o uso do preservativo feminino, então elas podem tá fazendo o uso, ter o cuidado no momento de fazer o sexo oral, explicar que tem as ISTS, a própria herpes né, que ela pode tá passando também a herpes oral e herpes genital e se tiver em processo</p>	<p>“É UM NEGÓCIO ASSIM QUE A GENTE NÃO SABE”: A SAÚDE SEXUAL NA ATENÇÃO BÁSICA</p>

	de latência...então tá passando toda essa orientação pra elas.		
11	<p>Fixamente em relação a saúde das lésbicas...nós tínhamos colegas que são, que aos poucos durante o tempo da faculdade, uma já de início sempre deixou claro pra gente, a gente também percebeu, ela muito querida por todas, mas outras aos poucos foram falando, e o bom é que elas mesmos começaram a trazer esse debate para sala de aula, ainda tem aquele como é que se diz...é difícil, dificilmente elas entram no assunto, então não sei se devido aos nossos mestres serem mestres, já são né, tem uma certa idade, não são mestres novos, não são abertos, não tem a mente mais aberta, então, eles dificilmente traziam essa discussão, eles traziam, mas ai mudavam de assunto, e ai as meninas ajudaram a ser debatido, eu lembro que teve até um dia que teve uma discussão na sala de aula e gente tava falando sobre relações sexuais, como fazer, mas é possível a mulher sentir prazer com outra, colocando o dedo lá, ai ela foi demonstrar como é que se fazia... e ai surgiu coisas que as colegas que são heteros nunca tinham...é difícil a gente ter esse contato íntimo, uma conversa tão íntima, sobre o que acontece, como é a vida...depois de um tempo, teve um mestre que entrou no início ele era muito fechado, mas ele nos revelou que é homossexual, ele sempre foi uma ótima pessoa, muito querido por todos, mas eu acho que ele tinha aquele medo, receio de os alunos meio que rejeitarem, então aos poucos ele foi foi foi...hoje em dia ele é muito bem aceito.</p>	<p>[...]então não sei se devido aos nossos mestres serem mestres, já são né? têm uma certa idade, não são mestres novos, não são abertos, não tem a mente mais aberta, então, eles dificilmente traziam essa discussão, eles traziam, mas ai mudavam de assunto</p>	<p>“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?": A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO</p>
12	<p>Interessante que o ser humano, uma vez eu ouvir alguém falar e concordei nessa fala, que nós seres humanos deveríamos separar vida reprodutiva da vida sexual, uma coisa é uma coisa, outra coisa é outra coisa, assim, o direito, entra o planejamento familiar, até inclusive a gente questiona com o gerente que nossa unidade não tem um auditório, a necessidade muito grande especialmente aqui em XXXX, porque eu vejo que as mulheres tem muitos filhos assim, muitas vezes elas não estão preparadas, tem muita</p>	<p>[...]o ser humano tem o direito reprodutivo, mas tem o direito de receber essa orientação, a gente como enfermeiro, temos obrigação de tá lá conduzindo e levando essa orientação sobre reprodução que entra o planejamento familiar</p>	<p>SAÚDE REPRODUTIVA: “É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODE TER, NÉ?”</p>



	<p>adolescente grávida, então ela ainda não estão preparada para aquele momento, então, eu tava até pegando no pé do gerente, que essa parte medicamentosa tem bastante, mas eu tô falando vamos dar mais palestra, porque eu acredito que o ser humano tem o direito reprodutivo, mas tem o direito de receber essa orientação, a gente como enfermeiro, temos obrigação de tá lá conduzindo e levando essa orientação sobre reprodução que entra o planejamento familiar</p>		
12	<p>Eu tenho dificuldade já situações por exemplo, já teve uma história de uma senhora, veio uma mulher lésbica, as duas homossexuais, vieram fazer o preventivo, eu atendi a primeira, depois atendi a outra, uma não tinha filho, a outra tinha filho, ela falou da dificuldade dela, olha você tem que ir para o ginecologista, e a gente tem essa dificuldade de encaminhar porque esse profissional vai tá pra atender a dificuldade dessa pessoa? Entendeu? Ai veio uma fazer o preventivo, uma senhora fazer o preventivo, então eu fazendo a entrevista ela disse “olha eu nunca tive vida sexual”, mas é complicado fazer seu preventivo, porque ela nunca teve contato com homem, eu disse você é virgem? É melhor não fazer seu preventivo, de repente eu vou lhe traumatizar, entendeu? Você tem que ir com o médico, com o médico que é um profissional mais habilitado e mais capacitado que eu pra ele ver, eu tive dificuldade por causa disso é indicado fazer o preventivo porque uma vez que ela nunca teve um contato com um homem, eu tive essa dificuldade, porque realmente não temos um treinamento direcionado para esse público que tá aparecendo. Agora o pré-natal eu fiz o pré-natal também de uma moça, uma vez até uma mulher perguntou (incompreensível)</p>	<p>é complicado fazer seu preventivo, porque ela nunca teve contato com homem, eu disse você é virgem? É melhor não fazer seu preventivo, de repente eu vou lhe traumatizar, entendeu? Você tem que ir com o médico, com o médico que é um profissional mais habilitado e mais capacitado que eu pra ele ver, eu tive dificuldade por causa disso é indicado fazer o preventivo porque uma vez que ela nunca teve um contato com um homem</p>	<p>“É UMA NOVIDADE QUE NEM DEVERIA SER, SABE?": A NECESSIDADE DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO</p>
12	<p>Essa parte ai pra gente orientar a gente vai ter que se adentrar nas relações sexuais das lésbicas, primeiro como é as relações sexuais delas, existe o pênis artificial, tem mulheres que eu não sei se usam...eu não sei como é a necessidade delas, é um negócio assim que a gente não</p>	<p>...fazer a mesma orientação que eu faço com um casal normal</p>	<p>“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE</p>

	<p>sabe, mas digamos que eu sou homossexual, que eu tô com outra mulher ai vamos, eu acho que vamos ter a mesma relação sexual que ela, então a gente vai usar o pênis artificial, ai a gente vai trocar esse pênis, uma vez outro a gente troca, se eu não tiver uma proteção eu vou pegar a doença que ela tem, não é? Não vou? Vou. Se ela tiver uma <i>Gardnerella</i> eu vou pegar, então tem que ter uma orientação, ai ela vai ter que ter uma orientação em relação a isso, se ela tiver um HIV eu vou pegar, porque numa relação onde tem uma introdução, pode ter sangramento, pode ter um machucado, pode passar pra mim...então eu não sei realmente como é essa orientação, mas é assim, eu vou ter que saber como é a vida dela eu vou ter, é isso que vai ter a orientação fazer uma ...perguntar como é a vida sexual de vocês pra que eu chegue e oriente vocês...fazer a mesma orientação que eu faço com um casal normal, eu digo pro meu filho, pra você ter uma vida sexual sem camisinha, você tem que conhecer a moça, ai ela tem que fazer o teste de HIV, você também, pra poder...e ela tomar remédio...ter uma segurança pra não pegar o HIV...</p>		
12	<p>Eu ia mandar para o ginecologista pra ver se ela manda para esses locais de referência, para encaminhar para esses locais de banco de óvulos, inseminação artificial que tem os doadores de óvulos, não sei se aqui exatamente tem, teria que ser esse caminho, mandar para o ginecologista, pra ver se manda pra algum especialista, até a universidade federal, que é um local que tem de pesquisa, se ela já trabalha com isso...eu sei dos bancos de óvulos, se o SUS já oferece isso, porque tem local que é só particular...infelizmente o SUS ainda não tem né?</p>	<p>Eu ia mandar para o ginecologista pra ver se ela manda para esses locais de referência, para encaminhar para esses locais de banco de óvulos, inseminação artificial que tem os doadores de óvulos, não sei se aqui exatamente tem, teria que ser esse caminho, mandar para o ginecologista, pra ver se manda pra algum especialista, até a universidade federal, que é um local que tem de pesquisa, se ela já trabalha com isso...eu sei dos bancos de óvulos, se o SUS já oferece isso, porque tem local que é só particular...infelizmente o SUS ainda não tem né?</p>	<p>SAÚDE REPRODUTIVA: "É O DIREITO COMO QUALQUER OUTRO CIDADÃO PODER TER, NÉ?"</p>
12	<p>Uma das moças que eu atendi parece um homem, se eu olhar de noite é um rapaz, o trabalho dela é metalúrgico...</p>	<p>Uma das moças que eu atendi parece um homem, se</p>	<p>"A GENTE SABE QUANDO É": SOBRE OS</p>

	a pessoa normal eu não pergunto, só se ela vier e me disser, entendeu?	eu olhar de noite é um rapaz, o trabalho dela é metalúrgico  A pessoa normal eu não pergunto, só se ela vier e me disser, entendeu?	ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE
13	Já teve caso aqui, de realmente era homossexual ela falou, eu perguntei você tem colo do útero, o câncer dá no colo do útero, é aquele lugarzinho que eu quero trabalhar.	Já teve caso aqui, de realmente era homossexual ela falou, eu perguntei você tem colo do útero, o câncer dá no colo do útero, é aquele lugarzinho que eu quero trabalhar.	“A GENTE SABE QUANDO É”: SOBRE OS ESTEREÓTIPOS ENVOLVENDO A LESBIANIDADE

**APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Eu, \_\_\_\_\_ estou sendo convidado (a) a participar de um estudo denominado **“DISCURSO DOS (AS) ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS LÉSBICAS”** que tem como objetivo Identificar os discursos de enfermeiros (as) que atuam em Unidades Básicas de Saúde de Belém sobre saúde sexual e reprodutiva das lésbicas.

A minha participação no referido estudo será no sentido de ser avaliado quanto ao meu discurso sobre a saúde sexual e reprodutiva das lésbicas. Recebi esclarecimentos necessários, levando-se em conta que é uma pesquisa e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Gesiany Miranda Farias (UFPA) e Vera Lúcia de Azevedo Lima (UFPA).

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento obtenham gravação de voz de minha pessoa para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma. As gravações de voz ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda por um período de 5 (cinco) anos e após este tempo, serão descartadas de modo seguro.

É garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar e declaro ter respondido da melhor forma possível às questões formuladas, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Belém, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Assinatura e nome do Pesquisador:

---

**Gesiany Miranda Farias**  
**Enfermeira (COREN/PA 478.214)**

**Assinatura e nome da Participante da Pesquisa:**

---

Para todas as questões relativas ao estudo ou para se retirar do mesmo, poderão se comunicar com Gesiany Miranda Farias e Vera Lúcia de Azevedo Lima via e-mail: gesiany.farias@hotmail.com, veraluci@ufpa.br ou telefone: (91)993635742.

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações:** Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFPA) - Faculdade de Enfermagem, 2<sup>o</sup>

andar, Campus Universitário, nº 01. Guamá. CEP: 66075-110. Belém/PA. Tel: 3201-7735. E-mail: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br)

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DISCURSO DOS (AS) ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS LÉSBICAS

**Pesquisador:** GESIANY MIRANDA FARIAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 90860018.3.0000.0018

**Instituição Proponente:** Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.744.901

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa a qual será realizada no município de Belém, no estado do Pará em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidade Municipal de Saúde (UMS) de cada um dos Distritos Administrativos do Município de Belém que possuem esses respectivos serviços de saúde. Os Participantes serão Enfermeiros (as) que atuam nas Unidades Básicas de Saúde nos programas do Ministério da Saúde que envolva a saúde das mulheres. Os critérios de exclusão serão Enfermeiros (as) que atuam somente em outros programas. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, no local de trabalho das participantes da pesquisa, ou em local sugerido pelas mesmas, sempre preservando a privacidade. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas e por gravação em áudio, após a autorização por escrito do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como a gravação do áudio dos participantes. Após a entrevista as conversas gravadas serão descritas na íntegra no programa Microsoft Word 2013, sempre preservando a identidade das participantes da pesquisa. A análise de conteúdo será de acordo com Bardin (2011).

#### Objetivo da Pesquisa:

Identificar os discursos de enfermeiros (as) que atuam em Unidades Básicas de Saúde de Belém sobre saúde sexual e reprodutiva das lésbicas.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

*recebido  
NEP  
10/07/18  
Barbara Klaus*

UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.744.901

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, podendo ocorrer quebra de anonimato por meio de extravio de dados, mas a pesquisadora tomará os cuidados necessários para a proteção, confidencialidade e privacidade dos sujeitos da pesquisa, não mencionando os nomes dos participantes em hipótese alguma. Além disso, a pesquisadora compromete-se a respeitar os posicionamentos dos participantes e não fará juízo de valores pessoais a exposição dos entrevistados, visando não provocar qualquer tipo de constrangimento ou desconforto para os mesmos minimizando assim os possíveis riscos. Quanto aos benefícios, o conhecimento gerado por essa pesquisa beneficiará a comunidade com melhorias na assistência através de indicativos que ela fará por meio da discussão sobre a temática e também com a elaboração de uma tecnologia educativa que orientará profissionais de saúde e mais as usuárias do SUS sobre a assistência às lésbicas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo de significativa pertinência social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatória estão presentes e de acordo com os requisitos da Resolução 466/12.

**Recomendações:**

Sem recomendações adicionais.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Por não apresentar pendências ou inadequações, somos favoráveis à sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1113123.pdf	05/06/2018 15:13:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	03TCLE.pdf	05/06/2018 15:11:42	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Outros	RISCOSEBENEFICIOS.pdf	05/06/2018 12:17:00	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br



UFPA - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.744.901

Outros	DECLARACAODEISENCAODEONUS.pdf	26/05/2018 15:27:23	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Outros	CARTEDEENCAMINHAMENTO.pdf	26/05/2018 15:26:57	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Outros	ACEITEORIENTADOR.pdf	26/05/2018 15:26:25	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	26/05/2018 15:25:39	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSOPESQUISA DOR.pdf	26/05/2018 15:23:19	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ACEITEDOLOCALDEPESQUISA.pdf	26/05/2018 15:22:50	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	26/05/2018 15:21:36	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/05/2018 15:17:29	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	25/05/2018 15:41:04	GESIANY MIRANDA FARIAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**


Não


BELEM, 29 de Junho de 2018

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DA SESMA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

 **PREFEITURA DE  
BELÉM**  
SESMA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE


 **PAZ**  
NÓS ABRAÇAMOS ESSA CAUSA

**AUTORIZAÇÃO**

Informamos que a SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SESMA está de acordo com o Projeto de Pesquisa, do curso de pós-graduação (mestrado) em enfermagem, da Universidade Federal do Pará (UFPA), intitulado: "DISCURSO DOS(AS) ENFERMEIROS (AS) DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS LÉSBICAS" de autoria da mestranda Gesiany Miranda Farias, sob orientação da Prof. Dra. Phd. Vera Lúcia de Azevedo Lima, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Pará, possuindo número de CAAE:90860018.3.0000.0018

Portanto, comunicamos que a pesquisa está AUTORIZADA pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde, do Município de Belém-Pa. para ser realizada a pesquisa de coleta de dados, para o referido estudo, e, dessa forma, compor o trabalho de curso de pós-graduação.

Belém, 03 de agosto de 2018

  
\_\_\_\_\_  
Núcleo de Educação Permanente  
NEP/DGRTS/SESMA

## ANEXO C- REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA PUBLICADA NA REUOL



## ARTIGO REVISÃO INTEGRATIVA

## OS CUIDADOS DO ENFERMEIRO ÀS LÉSBICAS

## NURSES CARING FOR LESBIANS

## LOS CUIDADOS DEL ENFERMERO A LAS LEBIANAS

*Gesiany Miranda Farias*<sup>1</sup>, *Vera Lúcia de Azevedo Lima*<sup>2</sup>, ***Andrey Ferreira da Silva***<sup>3</sup>,  
***Alessandra Carla Santos de Vasconcelos Chaves***<sup>4</sup>, *Valquíria Rodrigues*  
*Gomes*<sup>5</sup>, *Adria Vanessa da Silva*<sup>6</sup>, *Victor Assis Pereira Paixão*<sup>7</sup>

---

**RESUMO**

**Objetivo:** identificar como está sendo abordado o cuidado do enfermeiro às lésbicas.  
**Método:** trata-se estudo tipo revisão integrativa, nas bases de dados LILACS, PUBMED/MEDLINE e BDEF, em publicações entre os anos de 2013 a 2017, utilizando-se os descritores lésbica, saúde da mulher e cuidados de enfermagem, e apresentados no texto em forma de figuras. **Resultados:** 790 artigos eram publicações que não estavam de acordo com a linha temporal pré-estabelecida; 68 não tinham o resumo disponível para a consulta inicial; 39 eram revisões; 19, reflexões; 793 não falavam do cuidado do enfermeiro às lésbicas na leitura inicial dos seus resumos e sete eram artigos duplicados tendo, como resultado, dez estudos.  
**Conclusão:** identificou-se, como prioridade, a necessidade de mais estudos que envolvam a orientação sexual lésbica e os cuidados de Enfermagem no Brasil, além de revelar que muitos enfermeiros prestam cuidados às mulheres partindo do

pensamento equivocado de que todas são heterossexuais e, com isso, não prestam uma assistência eficaz, pois não as orientam sobre os principais cuidados de saúde.

**Descritores:** Lésbica; Enfermeiro; Cuidado de Enfermagem; Saúde da Mulher; Preconceito; Saúde Mental.

---

## ABSTRACT

**Objective:** to identify how nursing care is addressed to lesbians. **Method:** this is an integrative review study, in the LILACS, PUBMED / MEDLINE and BDNF databases, in publications between 2013 and 2017, using the descriptors lesbian, women's health and nursing care, and presented in the text in the form of figures. **Results:** 790 articles were publications that did not agree with the pre-established timeline; 68 did not have the summary available for the initial consultation; 39 were revisions; 19, reflections; 793 did not mention nursing care for lesbians in the initial reading of their abstracts, and seven were duplicate articles, resulting in ten studies. **Conclusion:** the need for further studies involving lesbian sexual orientation and nursing care in Brazil was identified as a priority, as well as showing that many nurses provide care to women based on the mistaken idea that all are heterosexual and, they do not provide effective care because they do not provide guidance on key health care. **Descriptors:** Lesbian; Nurses; Nursing Care; Women's Care; Prejudice; Mental Health.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar cómo se está abordando el cuidado del enfermero a las lesbianas. **Método:** se trata de un estudio tipo revisión integrativa, en las bases de datos LILACS, PUBMED / MEDLINE y BDNF, en publicaciones entre los años de 2013 a 2017, utilizando los descriptores lésbicos, salud de la mujer y cuidados de enfermería, y presentados en el texto en forma de figuras. **Resultados:** 790 artículos eran publicaciones que no estaban de acuerdo con la línea temporal preestablecida; 68 no tenían el resumen disponible para la consulta inicial; 39 eran revisiones; 19, reflexiones; 793 no hablaban del cuidado del enfermero a las lesbianas en la lectura inicial de sus resúmenes y siete eran artículos duplicados teniendo como resultado diez estudios. **Conclusión:** se identificó como prioridad la necesidad de más estudios que involucren la orientación sexual lesbiana y los cuidados de Enfermería en Brasil, además de revelar que muchos enfermeros prestan atención a las mujeres partiendo del pensamiento equivocado de que todas son heterossexuales y, con ello, no prestan

una asistencia eficaz, ya que no las orientan sobre los principales cuidados de salud.

**Descritores:** Lesbiana; Enfermeros; Atención de Enfermería; Salud de la Mujer; Prejuício; Salud Mental.

---

<sup>1,6</sup>Mestrandas, Universidade Federal do Pará/UFPA. Belém (PA), Brasil. E-mail: [gesiany.farias@hotmail.com](mailto:gesiany.farias@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9442-7296>;

E-mail: [enfadriavanessa@gmail.com](mailto:enfadriavanessa@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1402-2967>;

<sup>2</sup>Pós-Doutora, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: [veraluci@ufpa.br](mailto:veraluci@ufpa.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0094-4530>;

<sup>3</sup>Doutorando, Universidade Federal da Bahia/UFBA, Salvador (BA), Brasil. E-mail: [silva.andrey1991@hotmail.com](mailto:silva.andrey1991@hotmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-1038-7443>;

<sup>4</sup>Doutoranda, Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil. E-mail: [alebb23@yahoo.com.br](mailto:alebb23@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2747-755X>;

<sup>5</sup>Mestre, Universidade Federal do Pará/UFPA. Belém (PA), Brasil. E-mail: [valquíria.rgomes@yahoo.com.br](mailto:valquíria.rgomes@yahoo.com.br) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-2522-4441>;

<sup>7</sup>Graduanda de Enfermagem, Universidade Federal do Pará/UFPA, Belém(PA), Brasil. E-mail: [victorpaixao104@gmail.com](mailto:victorpaixao104@gmail.com) ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6703-2216>.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que as ínfimas discussões sobre a saúde das lésbicas fazem com que elas se tornem vulneráveis ao câncer de colo de útero, principalmente pela ideia equivocada de que não correm o risco de infecção pelo *Human Papiloma Vírus* (HPV) fazendo com que muitas deixem de receber o diagnóstico precoce por meio de exames preventivos.<sup>1</sup>

Destaca-se que outra problemática, no que concerne à saúde dessas mulheres, é o aumento do alcoolismo e do transtorno mental, que podem advir do preconceito e da discriminação. Por isso, as políticas públicas devem pautar, em sua efetivação, formas de conscientizar a sociedade para a eliminação de qualquer forma de opressão.<sup>2</sup>

Reforça-se, também, o preconceito devido à falta de políticas públicas e apoio governamental.<sup>3</sup> Além disso, em 2015, a Organização das Nações Unidas (ONU)



também passou a reconhecer a discriminação contra as pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) como uma ameaça à saúde.<sup>4</sup>

Destaca-se que, na atenção em saúde, o acolhimento deve ser realizado sem preconceito por meio de um viés não heteronormativo levando-se em consideração a equidade e a universalidade, que são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>5</sup>

Frisa-se que a heteronormatividade ou o heterossexismo é a ideia equivocada de que todas as pessoas são ou devem ser heterossexuais, considerando as outras orientações como não naturais ou desviantes.<sup>6</sup>

Torna-se, desse modo, importante que se ampliem as pesquisas sobre a saúde das lésbicas para, assim, orientar os profissionais na assistência contribuindo para a não reprodução de preconceito e juízos de valores, além de colaborar na implementação das políticas públicas de saúde.<sup>7</sup>

Citam-se, dentre os profissionais de saúde, os enfermeiros que, de acordo com código de ética, devem prestar uma assistência sem preconceito e discriminação a qualquer pessoa.<sup>8</sup> Os cuidados de Enfermagem podem ficar comprometidos, pois um enfermeiro com dificuldade em lidar com a diversidade sexual, por conta dos seus preceitos morais, poderá eventualmente prejudicar a assistência em saúde e estabelecer o modelo heteronormativo vigente.<sup>7</sup>

Aconselha-se, contudo, que é pertinente que se ampliem as pesquisas sobre a saúde das lésbicas e que se conheça o que está sendo discutido sobre essa temática.

## **OBJETIVO**

- Identificar como está sendo abordado, na literatura científica nacional e internacional, o cuidado do enfermeiro às lésbicas.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL)<sup>9</sup> perpassando pelas seguintes etapas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento.<sup>9</sup>

Respalidou-se, naturalmente, a escolha dessa temática pela importância do entendimento das demandas de saúde dessa população a partir da investigação de suas particularidades. Com isso, definiu-se a seguinte questão norteadora: Como é

abordado, na literatura científica nacional e internacional, o cuidado do enfermeiro às lésbicas?

Elencaram-se, após a definição da questão da pesquisa, os critérios de inclusão que se referem a estudos de 2013 a 2017, nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. A escolha dessa linha temporal teve o intuito de averiguar os estudos mais recentes sobre essa temática e pautados na divulgação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbica, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Dentre os critérios de exclusão, foram publicações que não tinham o resumo disponível para a leitura inicial, os que tratavam de outras revisões, reflexões e os que não abordavam as práticas ou sugestões do cuidado dos enfermeiros às lésbicas.

Realizou-se esta pesquisa nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), MEDLINE/PUBMED (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*); BDEF (Base de Dados de Enfermagem), entre fevereiro e abril de 2018.

Definiram-se, em seguida, os termos/palavras-chaves de acordo com a sua indexação nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), entre eles, lésbica, saúde da mulher e cuidados de Enfermagem, fazendo a pesquisa individual dos termos e por meio da combinação com os operadores *booleanos* “AND”.

Identificaram-se os estudos pela leitura dos títulos e resumos das pesquisas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, foi feita uma leitura exaustiva das publicações pré-selecionadas para definir quais seriam utilizadas na análise final e, por conseguinte, a definição das categorias de acordo com as temáticas discutidas realizando a análise e a apresentação dos resultados da revisão e da síntese do conhecimento.

Utilizou-se, para a coleta de dados, um formulário validado na pesquisa<sup>10</sup> contendo informações sobre o a procedência e o nome do artigo, o ano de publicação, o periódico e as considerações ou temáticas.

Empregou-se, como suporte, a análise de evidências classificadas em sete níveis: Nível I - Estudo de revisão sistemática ou metanálise; Nível II - Ensaio clínico controlado e aleatório; Nível III - Ensaio clínico delineado quase-experimental ou sem randomização; Nível IV - Estudo de coorte ou caso-controle; Nível V - Estudos de revisão sistemática com métodos descritivos e qualitativos; Nível VI - Estudo com

metodologia descritiva ou qualitativa; Nível VII - Estudos com opiniões em relatórios como parecer técnico de comitês especializados.<sup>11</sup>

## RESULTADOS

Selecionaram-se, inicialmente, 1726 estudos, sendo oito da LILACS, 1714 da MEDLINE/PUBMED e 04 da BDEFN por meio da permutação dos descritores definidos na metodologia, como demonstrados na figura 1.

	LILACS	MEDLINE/PUBMED	BDEFN
Lésbica <i>and</i> saúde da mulher	07	808	03
Lésbica <i>and</i> cuidados de Enfermagem	01	906	01

Figura 1. Pesquisas encontradas por meio da combinação dos descritores sem a utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Belém (PA), Brasil, 2017.

Obtiveram-se, dos artigos encontrados após as combinações dos descritores, 790 publicações que não estavam de acordo com a linha temporal pré-estabelecida; 68 não tinham o resumo disponível para a consulta inicial; 39 eram revisões; 19, reflexões e 793 não falavam do cuidado do enfermeiro às lésbicas na leitura inicial dos seus resumos resultando em 17 estudos. Os dados são apresentados na figura 2.

LILACS	MEDLINE/PUBMED	BDEFN
<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos encontrados</b>
<b>08</b>	<b>1714</b>	<b>04</b>
02 excluídos pela linha temporal e 06 selecionados para a	788 excluído pela linha temporal e 926 selecionados	0 excluído pela linha temporal e 04 selecionados para a



análise de outros critérios.	para a análise de outros critérios.	análise de outros critérios.
Sem resumo: 0	Sem resumo: 68	Sem resumo: 0
Sem cuidados de Enfermagem: 04	Sem cuidados de Enfermagem: 786	Sem cuidados de Enfermagem: 03
Reflexões: 0	Reflexões: 18	Reflexões: 01
Revisões: 02	Revisões: 37	Revisões: 0
Excluídos: 06	Excluídos: 909	Excluídos: 04
Resultado para a análise: 0	Resultado para a análise: 17	Resultado para a análise: 0
Total de artigos encontrados:17 / Duplicados: 07/ Seleccionados para a análise final: 10 artigos		

Figura 2. Detalhamento da pesquisa sobre os cuidados do (a) enfermeiro (a) às lésbicas. Belém (PA), Brasil, 2018.

Retiraram-se da amostra, após a eliminação dos estudos que não estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, sete artigos duplicados tendo, como resultado final, dez publicações para esta revisão que estão apresentadas no quadro 2.

Ressalta-se que todos os artigos deste estudo tiveram nível de evidência VI. Assim, também, os periódicos utilizados foram de revistas especializadas em Enfermagem.

Detectou-se, durante a pesquisa nas bases de dados, a escassez de publicações recentes vinculadas à temática dos cuidados de Enfermagem à lésbica no Brasil. Comprovou-se tal observação uma vez que, dentre os dez estudos desta RIL, oito foram realizados nos EUA, um, no Canadá e um, na Turquia.

Procedência	Título do Artigo	Autores/ Periódico (Vol, nº, pág, ano)	Considerações/ Temática
MEDLINE/PUBMED	'Nurses don't deal with these issues': nurses' role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and	Carabez R, Scott M. Journal of Clinical Nursing. 25, 3707–3715. 2016.	Lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros e casais do mesmo sexo enfrentam certas barreiras e obstáculos em comparação aos heterossexuais. LGBT's ou casais do mesmo gênero

	transgender patients. <sup>12</sup>		são vulneráveis por causa do <i>status</i> estigmatizado na sociedade. Muitos indivíduos LGBT ainda não recebem tratamento igual, particularmente quando se trata de sua saúde.
MEDLINE/PUBMED	Building Nurses' Capacity to Address Health Inequities: Incorporating LGBT Health Content in a Family Nurse Practitioner Program. <sup>13</sup>	Yingling CT, Cotler K, Hughes TL. Journal of Clinical Nursing.26 (17-18): 2807-2817. 2017	Organizações profissionais de Enfermagem precisam desenvolver diretrizes para o conteúdo curricular e competências relacionadas ao atendimento de pacientes e clientes de minoria sexual. Esta orientação deve apoiar a definição em constante evolução desse grupo, que inclui pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexuais e assexuadas (LGBTQIA).
MEDLINE/PUBMED	Do student nurses feel a lack of comfort in providing support for Lesbian, Gay, Bisexual or Questioning adolescents: what factors influence their comfort level? <sup>14</sup>	Richardson BP, Ondracek AE, Anderson, D. Journal of advanced nursing. 73 (5), 1196-1207. 2016	É importante que as instituições educacionais aumentem a autoconsciência e a confiança nos estudantes de Enfermagem assegurando que as questões lésbicas, gays ou bissexuais sejam ministradas nos currículos de Enfermagem. Em segundo lugar, é importante proporcionar um ambiente seguro para explorar preocupações e desafiar premissas e estereótipos negativos tanto nos estabelecimentos de ensino, como também na prática.
MEDLINE/PUBMED	Magnet nurse administrator attitudes and opportunities: Toward improving lesbian, gay, bisexual, or transgender-specific healthcare. <sup>15</sup>	Klotzbaugh R, SPENCER G, the journal of nursing administration. 44 (9), 481-6, 2014	A evidência fornecida por este estudo indica níveis moderados de homonegatividade entre os executivos de Enfermagem nas que são reconhecidas como as principais instituições médicas do país. Implicações para a análise de métodos de reconhecimento, avaliação e melhoria da competência cultural de forma significativa e substancialmente inclusiva das populações LGBT são imperativas. Essa consideração ampliará a compreensão da diversidade e da competência cultural proporcionando maior

MEDLINE/PUBMED	Quantitative and mixed analyses to identify factors that affect cervical cancer screening uptake among lesbian and bisexual women and transgender men. <sup>16</sup>	Johnson MJ, Mueller M, Eliason MJ, Stuart G, Nemeth LS. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25 (23-24), 3628-3642, 2016.	sensibilidade clínica, acadêmica e social. Além disso, esses avanços irão apoiar a responsabilidade dos profissionais de Enfermagem em advocacia, igualdade e direitos humanos. Muitos fatores que contrastam entre os dados quantitativos e qualitativos merecem maior atenção pelos pesquisadores incluindo o conhecimento específico das lésbicas, bissexuais e <i>queer</i> sobre o rastreo cervical, o impacto do suporte interpessoal no comportamento do rastreo e as barreiras e facilitadores para os criadores não rotineiros que revelam sua orientação sexual para os prestadores de cuidados de saúde. Por fim, a perspectiva dos prestadores de cuidados de saúde sobre este tema está visivelmente ausente na literatura e, portanto, pesquisas futuras devem abordar essa lacuna.
MEDLINE/PUBMED	Racial/ethnic differences in unmet needs for mental health and substance use treatment in a community-based sample of sexual minority women. <sup>17</sup>	Jeong YM, Veldhuis CB, Aranda F, Hughes TL. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25 (23-24), 3557-3569, 2016.	As mulheres das minorias sexuais estão em maior risco de depressão e dependência de álcool e, embora o uso do tratamento seja alto, existe uma potencialidade de necessidade não atendida tanto para a saúde mental, quanto para o tratamento de uso de substâncias, particularmente entre as latinas. Essas descobertas sugerem a necessidade de um tratamento que seja culturalmente adaptado às experiências de vida das mulheres de minoria sexual e com particularidade racial.
MEDLINE/PUBMED	Sexual identity development: relationship with lifetime suicidal ideation in sexual minority women. <sup>18</sup>	Dirkes J, Hughes T, Ramirez-Valles J, Johnson T, Bostwick W. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25 (23-24), 3545-3556, 2016	Os resultados sugerem que a idade mais jovem na fase inicial do desenvolvimento da identidade das minorias sexuais pode ser um fator de risco para ideias suicidas ao longo da vida. Assim, parece ser a fase inicial do desenvolvimento das minorias sexuais mais do que a própria idade que está

MEDLINE/PUBMED	Social Support, Self-Rated Health, and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Disclosure to Cancer Care Providers. <sup>19</sup>	Kamen CS, Smith-Stoner M, Heckler CE, Flannery M, Margolies L. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 42 (1) 44-51, 2015	associada a resultados adversos para a saúde. Os fatores que envolvem a administração de um diagnóstico de câncer a pacientes LGBT são bastante distintos dos fatores que afetam pacientes heterossexuais. A criação de ambientes seguros para esses pacientes pode melhorar o atendimento a essa população.
MEDLINE/PUBMED	The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. <sup>20</sup>	Unlu H, Beduk T, Duyan V. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25 (23-24), 3697-3706, 2016	Currículos e livros devem ser editados para remover o heterossexismo na linguagem, gênero e preferências sexuais. As oficinas devem ser realizadas para melhorar a percepção de funcionários universitários e não acadêmicos em relação a mulheres lésbicas e homossexuais. Deve ser criada uma unidade de consultoria sobre mulheres lésbicas e homens gays para problemas psicológicos, sociais e regulatórios enfrentados por eles. O apoio à formação de estudantes, pessoal acadêmico e não acadêmico deve ser obtido junto de mulheres lésbicas e organizações homossexuais.
MEDLINE/PUBMED	The meaning of quality of care in home care settings: older lesbian and bisexual women's perspectives. <sup>21</sup>	Grigorovich A. <i>Scand J Caring Sci</i> , 30 (1), 108-16,2015	O atendimento domiciliar é fornecido dentro de um ambiente institucional que não reconhece explicitamente a existência de pessoas LGBT, nem as barreiras que enfrentam no acesso a cuidados de qualidade. Apoiar mudanças nas práticas dos provedores também exigirá abordar a presença de heteronormatividade no sistema de saúde canadense e na política de saúde. As evidências mostram que os participantes consideraram a qualidade do cuidado com base em princípios de uma ética feminista de cuidados incluindo atenção,

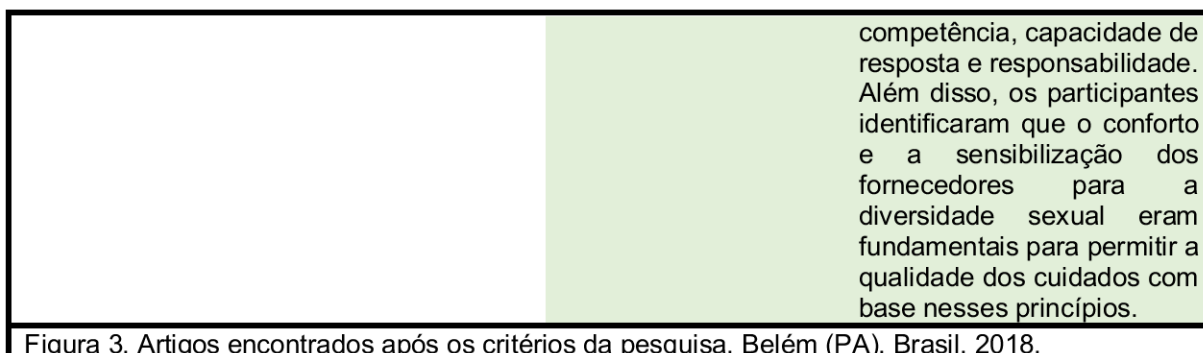


Figura 3. Artigos encontrados após os critérios da pesquisa. Belém (PA), Brasil, 2018.

## DISCUSSÃO

Avalia-se que a importância de publicações sobre o tema surgiu das problemáticas que podem advir pela falta de conhecimento sobre as demandas das lésbicas no que diz respeito à saúde, sendo que há uma necessidade urgente de mais pesquisas nesse campo objetivando orientar os profissionais na assistência e na implementação das políticas públicas. Por esse ângulo, torna-se evidente que esse tipo de orientação é fundamental para os enfermeiros em suas atividades laborativas prestando um serviço de qualidade a essas mulheres.

Percebeu-se, em geral, após a leitura minuciosa dos artigos, que foram identificadas temáticas em comum e, por isso, elencaram-se categorias para uma análise mais criteriosa dessa RIL, a saber: A saúde física e mental das lésbicas; A heteronormatividade e o preconceito na assistência em saúde; Formação, capacitação e sugestões para o cuidado do enfermeiro às lésbicas.

### ◆ A saúde física e mental das lésbicas

Descreve-se, em um dos estudos elencados nessa RIL, que 291 LGBT's foram diagnosticados com câncer. Dentre eles, 157 (54%) eram homossexuais e 110 (38%) eram lésbicas. O câncer de mama foi o que obteve o maior registro, com 69 (24%) casos, e o câncer de ovário ou endométrio somou 20 (7%) casos.<sup>19</sup>

Demonstrou-se, em outra pesquisa realizada com lésbicas em Nova Gales do Sul, na Austrália, que muitas delas não aceitam o rastreamento cervical, por ser um procedimento invasivo, pois há penetração pelo uso do espécuro, além de terem medo da dor e sangramento e outras comparam a realização do exame com a perda da virgindade.<sup>22</sup>

Explica-se que, além desses riscos apontados quanto à saúde das lésbicas, existem outras demandas no que diz respeito à saúde, que é o risco de depressão e da dependência de álcool em comparação às mulheres heterossexuais, sendo evidenciado, em um dos estudos desta RIL, que investigou a saúde de lésbicas e mulheres bissexuais afro-americanas, latinas e brancas.<sup>17</sup>

Evidenciou-se outro ponto sobre a saúde mental por meio dos dados do *Chicago Health and Life Experiences of Women* (CHLEW), que constatou a ideação suicida das lésbicas e mulheres bissexuais durante a adolescência, principalmente aquelas sem o apoio parental em relação à sua orientação sexual. Enfatizou-se, então, que as mulheres que contavam com o amparo dos pais tinham um menor risco de suicídio em comparação com as que não tinham esse suporte. Ao lado dessas últimas, as que sofreram abuso durante a infância formam os dois agravantes de maior probabilidade de suicídio apontados pelo estudo.<sup>18</sup>

Revela-se como importante, diante das problemáticas evidenciadas, que se procure meios para a melhoria na assistência. Por isso, um estudo realizado com profissionais e usuárias da atenção básica sobre a saúde das lésbicas teve como indicativo algumas recomendações para a melhoria na assistência, que são: investimento em pesquisa sobre a saúde lésbica e mulheres que fazem sexo com mulheres; protocolos específicos para essa demanda; capacitação profissional para evitar a discriminação nos serviços de saúde e aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.<sup>23</sup>

Constatou-se, como efeito, para a aplicabilidade dessas demandas, que foi criada uma Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com o intuito de proporcionar uma assistência integral, humanizada, que promova a qualificação profissional em todos os níveis da assistência, buscando a redução da discriminação dentro do SUS.<sup>24</sup> Analogamente, todas essas políticas inclusivas para esse segmento devem estar integradas e pautadas nas relações que visem ao respeito e à responsabilidade pelo próximo.<sup>25</sup>

### **A heteronormatividade e o preconceito na assistência em saúde**

Desenvolveram-se, nessa segunda categoria, outros estudos acerca da heteronormatividade que apontam que as ações para a saúde das mulheres ainda

são direcionadas especialmente para as adultas e heterossexuais, não dando visibilidade às que não estão de acordo com esse perfil (MELLO, 2014). Com isso, a heteronormatividade na assistência dos profissionais de saúde tende a contribuir com o adoecimento da população que rompe com esse padrão normativo, sendo este um dilema ético que deve ser amplamente discutido e desconstruído dentro dos serviços de saúde.<sup>27</sup>

Acredita-se que o padrão de normalidade em relação ao gênero feminino, dentro dessas instituições, determina a orientação heterossexual como molde, ou seja, que as mulheres fazem sexo apenas com homens, ignorando a diversidade que é a sexualidade.<sup>28</sup>

Verificou-se, em um dos artigos selecionados nesta revisão, que é necessário perguntar aos pacientes a sua orientação sexual, pois, por meio dessa informação, pode-se orientar sobre os riscos para a saúde para não prestar um cuidado como se todas as pessoas assistidas fossem heterossexuais.<sup>17</sup>

Selecionou-se outra pesquisa que aponta também que a divulgação da orientação ou da identidade de gênero é importante para a melhoria da saúde dos pacientes LGBT, quando o profissional ouve essa informação com respeito e sem preconceito.<sup>19</sup>

Alerta-se que, cientes disso, a partir de uma formação mais humanística, os profissionais de saúde, ao prestarem assistência, não devem realizá-la com discriminação ou preconceito, principalmente quando pautados em concepções pessoais, sejam elas religiosas ou morais, priorizando os direitos humanos a qualquer pessoa.<sup>28</sup>

Adverte-se, com base nessas concepções teóricas, que preconizam que o preconceito e a discriminação podem causar sofrimento e adoecimento, que novos estudos, formações e ações que visem à equidade no SUS devem ser praticados para que todos os sujeitos venham a ser tratados com respeito e de acordo com suas particularidades.<sup>24</sup>

Constatou-se e confirmou-se em um dos estudos,<sup>21</sup> cuja resposta quanto à investigação veio a partir de uma perspectiva das mulheres lésbicas e bissexuais sobre o cuidado prestado a elas, que apontou que elas se sentiam mais acolhidas quando os prestadores da assistência tinham conhecimento sobre a diversidade sexual, sendo essa informação relevante para a implementação de políticas públicas.

#### ♦ A formação, a capacitação e sugestões para os cuidados do enfermeiro às lésbicas

Recomenda-se, na terceira categoria, que o enfermeiro tem um papel importante no cuidado. Então, o mesmo deve buscar a melhoria de suas práticas para proporcionar um maior conforto aos LGBT que, além de estarem doentes, ainda podem ser vítimas de preconceito por conta de sua orientação sexual ou identidade de gênero.<sup>19</sup>

Mostrou-se, em um estudo selecionado para a pesquisa, que os enfermeiros são os que estão mais presentes nos cuidados de saúde sendo esse um fator favorável para que se promova a educação em saúde, que proporcione uma maior atenção aos exames de rotina, visando à prevenção do câncer cervical e de outras doenças.<sup>16</sup>

Salienta-se que a importância do enfermeiro é também citada em outra pesquisa mencionando que esses profissionais também passam um maior tempo dentro dos serviços de saúde, por isso, precisam estar atentos para o risco de suicídio quando este é motivado pelo preconceito por conta da orientação sexual não normativa.<sup>18</sup>

Faz-se, então, necessária uma reflexão sobre a importância de uma assistência sem preconceito, que é imprescindível para a defesa dos direitos humanos, sendo isso constatado em uma pesquisa com coordenadores ou chefes de Enfermagem de hospitais nos EUA mostrando que a boa aceitação da diversidade sexual pode promover a saúde.<sup>15</sup>

Necessita-se, por isso, para a uma melhor qualidade nos serviços de saúde, que os profissionais sejam capacitados para promover um atendimento com equidade respeitando, assim, a diversidade sexual e os direitos humanos.<sup>29</sup>

Cita-se, como exemplo dessa capacitação, o treinamento dos profissionais que realizam o preventivo do câncer de colo do útero (PCCU), ou seja, trabalhar com formação continuada das equipes visando a uma melhor prestação de cuidados. Essas capacitações têm que primar pela qualidade, pois muitos profissionais são sensíveis e compreendem a diversidade, mas não possuem um conhecimento ampliado para promover uma assistência eficaz para essas mulheres. Ressalta-se que saúde integral demanda uma atenção integrada, intrasetorial e interssetorial.<sup>30</sup>



Deve-se pautar a sensibilização dos enfermeiros em lidar com a particularidade da diversidade sexual também na compreensão de formações familiares diversificadas, como exemplo, a de casal formado por mulheres. Foi apontado, em outro estudo desta revisão, que os enfermeiros sentem dificuldade em lidar com essa temática, por isso, esses profissionais devem receber capacitação para que possam prestar cuidados a esse grupo.<sup>12</sup>

Entende-se que, assim, todos os que fazem parte do sistema de saúde, inclusive as equipes de Saúde da Família, necessitam compreender as novas formações familiares, como exemplo as famílias homoafetivas, que devem respeitadas assim como as famílias formadas por casais heterossexuais.<sup>5</sup>

Cabe-se destacar, entretanto, que os profissionais de saúde apresentam dificuldades em lidar com a diversidade sexual por conta da formação acadêmica inadequada durante os períodos de graduação.<sup>26</sup>

Observou-se, nesse sentido, em um estudo realizado sobre a implantação da temática saúde LGBT no currículo de Enfermagem, no Estado de Midwestern, nos Estados Unidos, que é importante a educação sobre esse assunto com esses futuros profissionais.<sup>13</sup> Muitos estudantes são sensíveis às demandas no que concerne à diversidade sexual, porém, sinalizam que não se sentem capacitados, sendo isso apontado em uma pesquisa com discentes da Enfermagem que teve o intuito de relatar as sensações durante o atendimento a adolescentes LGBT.<sup>14</sup>

Acentua-se, em relação à importância da orientação desde a Academia, que um estudo na Turquia com 964 estudantes de Enfermagem, sobre o comportamento deles com as lésbicas e os *gays*, mostrou que os que eram religiosos ou advindos de famílias conservadoras tinham atitudes negativas em relação às lésbicas e aos *gays*. Já os discentes que se diferenciavam desse perfil não tinham discriminação com esse grupo.<sup>20</sup>

Enfatiza-se, com esses dados, que é necessário que se aborde a discussão de ética nos serviços de saúde e na formação profissional visando ao respeito e à humanização para com quem se presta a assistência buscando um atendimento livre de preconceitos e discriminação.<sup>5</sup>

Citou-se a ética na assistência em um dos artigos elencados nesta revisão. Como exemplo, o respeito dos profissionais quando eles valorizam a autonomia e o poder de decisão das suas pacientes sobre os seus próprios cuidados à saúde, além

de expor que é benéfico o atendimento que não esteja vinculado à heteronormatividade.<sup>21</sup>

## CONCLUSÃO

Aponta-se como prioridade, por meio desta revisão integrativa, por todos os aspectos adjacentes analisados no tocante à saúde das lésbicas, a necessidade de mais estudos que envolvam a orientação sexual lésbica e os cuidados de Enfermagem no Brasil evidenciando que os profissionais enfermeiros precisam ser capacitados para lidar com as particularidades e demandas desse público.

Torna-se a referida formação benéfica principalmente no combate à heteronormatividade na assistência, que também foi apontada neste estudo, e revela-se que muitos enfermeiros prestam cuidados às mulheres partindo do pensamento equivocado de que todas são heterossexuais e, com isso, não prestam uma assistência eficaz, pois não as orientam sobre os principais cuidados de saúde.

Faz-se referência ao preconceito e à discriminação como fatores prejudiciais no cuidado à saúde lésbica, sendo esses outros importantes aspectos analisados. Nessa perspectiva, cabe ao enfermeiro visar à humanização e à ética durante o atendimento se desprendendo de seus preceitos morais para, assim, não cometer violência institucional a essas mulheres.

Acredita-se que a formação do enfermeiro, ainda na academia, é outro aspecto primordial para o acolhimento das lésbicas buscando-se a promoção da saúde por meio de intervenções que visem ao conforto e ao respeito dispensados a essas pacientes.

Nota-se, portanto, que há uma precariedade de estudos epidemiológicos sobre a temática no âmbito nacional que precisa ser suprimida. Sendo assim, recomendam-se outros estudos sobre as principais demandas em saúde a fim de contribuir para a elaboração e a efetivação de políticas públicas de grande valia para todos.

## FINANCIAMENTO

CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior).

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [cited 2018 Jan 15]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)
2. Mereish EH, Bradford JB. Intersecting identities and substance use problems: sexual orientation, gender, race, and lifetime substance use problems. *J Stud Alcohol Drugs*. 2014 Jan; 75(1):179-88. PMID: 24411810
3. Oliveira PVP. **Gender freedom and sexuality: the role of education in the construction of identity**. *Rev Communitas* [Internet]. 2017 Jan/June [cited 2017 Dec 12]; 1(1):233-46. Available from: <http://revistas.ufac.br/revista/index.php/COMMUNITAS/article/view/1212/pdf>
4. United Nations. Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people [Internet]. Washington: United Nations; 2015 [cited 2017 Dec 19]. Available from: [http://www.unaids.org/sites/default/files/20150929\\_Joint\\_LGBTI\\_Statement\\_en.PDF](http://www.unaids.org/sites/default/files/20150929_Joint_LGBTI_Statement_en.PDF)
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Jan 15]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_sexual\\_saude\\_reprodutiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf)
6. Morrison S, Dinkel S. Heterosexism and health care: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2012 Apr/June; 47(2):123-30. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2011.00243.x>
7. Sousa JC, Mallmann DG, Freitas NO, Galindo Neto NM, Vasconcelos EMR; Araújo EC. Health promotion of lesbian woman: nursing care. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 June 18]; 35(4): 108-13. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/45308/32379>
8. Conselho Federal de Enfermagem. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Brasília: COFEN; 2012 [cited 2017 Mar 20]. Available from: [http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao\\_311\\_anexo.pdf](http://www.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf)

9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto contexto-enferm*. 2008 Oct/Dec; 17(4):758-64. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
10. Souza MT de, Silva MS da, Carvalho R de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010; 8: 102-106. Doi: [http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt\\_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf)
11. Stillwell SB, Fineout-Overholt E, Melnyk BM, Williamson KM. Evidence-based practice, step by step: searching for the evidence. *Am J Nurs*. 2010 May; 110(5):41-7. Doi: [10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000372071.24134.7e)
12. Carabez R, Scott M. 'Nurses don't deal with these issues': nurses' role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25(23-24): 3707-15. Doi: [10.1111/jocn.13336](https://doi.org/10.1111/jocn.13336)
13. Yingling CT, Cotler K, Hughes TL. Building Nurses' Capacity to Address Health Inequities: Incorporating LGBT Health Content in a Family Nurse Practitioner Program. *J Clin Nurs*. 2017 Sept; 26(17-18):2807-17. Doi: [10.1111/jocn.13707](https://doi.org/10.1111/jocn.13707)
14. Richardson BP, Ondracek AE, Anderson D. Do student nurses feel a lack of comfort in providing support for Lesbian, Gay, Bisexual or Questioning adolescents: what factors influence their comfort level? *J Adv Nurs*. 2017 May; 73(5):1196-1207. Doi: [10.1111/jan.13213](https://doi.org/10.1111/jan.13213)
15. Klotzbaugh R, Spencer G. Magnet nurse administrator attitudes and opportunities: Toward improving lesbian, gay, bisexual, or transgender-specific healthcare. *J Nurs Adm*. 2014 Sept; 44(9):481-6. Doi: [10.1097/NNA.000000000000103](https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000103)
16. Johnson MJ, Mueller M, Eliason MJ, Stuart G, Nemeth LS. Quantitative and mixed analyses to identify factors that affect cervical cancer screening uptake among lesbian and bisexual women and transgender men. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25(23-24):3628-42. Doi: [10.1111/jocn.13414](https://doi.org/10.1111/jocn.13414)
17. Jeong YM, Veldhuis C, Aranda, F, **Hughes TL**. Racial/ethnic differences in unmet needs for mental health and substance use treatment in a community-based sample of sexual minority women. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25(23-24): 3557-69. Doi: [10.1111/jocn.13477](https://doi.org/10.1111/jocn.13477)

18. Dirkes J, Hughes T, Ramirez-valles J, Johnson T, Bostwick, W. Sexual identity development: Relationship with lifetime suicidal ideation in sexual minority women. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25(23-24):3545-56. Doi: [10.1111/jocn.13313](https://doi.org/10.1111/jocn.13313)
19. Kamen CS, Smith-Stoner M, Heckler CE, Flannery M, Margolies L. Social Support, Self-Rated Health, and Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Identity Disclosure to Cancer Care Providers. *Oncol Nurs Forum*. 2015 42(1): 44-51. Doi: [10.1188/15.ONF.44-51](https://doi.org/10.1188/15.ONF.44-51)
20. Unlu H, Beduk T, Duyan V. The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25 (23-24):3697-3706. Doi: [10.1111/jocn.13347](https://doi.org/10.1111/jocn.13347)
21. Grigorovich A. The meaning of quality of care in home care settings: older lesbian and bisexual women's perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2016 Mar; 30(1): 108-16. Doi: [10.1111/scs.12228](https://doi.org/10.1111/scs.12228)
22. Curmi C, Peters K, Salamonson Y. Barriers to cervical cancer screening experienced by lesbian women: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2016 Dec; 25(23-24):3643-3651. Doi: [10.1111/jocn.12947](https://doi.org/10.1111/jocn.12947)
23. Portella AP. Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na Percepção de Profissionais de Saúde e Usuárias do SUS. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Atenção Integral à Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: relatório da oficina*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 11-4.
24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais [Internet]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Apr 15]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf)
25. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Mulheres Lésbicas e Bissexuais: direitos, saúde e participação social [Internet]*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [cited 2018 Apr 12]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres\\_lesbicas\\_bissexuais\\_direitos\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf)

26. Mello APL. Apresentação da Pesquisa: Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção Integral à Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: relatório da oficina. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 96-101.
27. Santos ARS, Santos RMM, Souza ML, Boery RNSO, Sena ELS, Yarid SD. Bioethical implications in health care for the LGBTTT public. *Rev Bioét.* 2015 May/Aug; 23(2): 400-8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232078>
28. Araújo LM, Penna LHG. Sex, gender, and sexual identities in women's health. *Rev Enferm UERj* [Internet]. 2014 Jan/Feb [cited 2017 Feb 04]; 22(1):134-8. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a21.pdf>
29. Facchini R, Barbosa RM. *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da eqüidade e da integralidade* [Internet]. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde; 2006 [cited 2018 June 15]. Available from: [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_saude\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf)
30. Vilella W. Mulheres lésbicas e bissexuais: determinantes de vulnerabilidades na assistência à saúde. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção Integral à Saúde de mulheres lésbicas e bissexuais: relatório da oficina. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 31-35.

Submissão: 12/05/2018

Aceito: 17/08/2018

Publicado: 01/10/2018

### **Correspondência**

Gesiany Miranda Farias

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Av. Augusto Corrêa, 01

Faculdade de Enfermagem

Bairro Cidade Universitária

CEP: 66075-110 – Belém (PA), Brasil