

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Jéssica Paim do Valle Chaves


**Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar
da Perspectiva dos Funcionamentos**

Rio de Janeiro

2023

Jéssica Paim do Valle Chaves

**Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da
Perspectiva dos Funcionamentos**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

C512 Chaves, Jéssica Paim do Valle

Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da Perspectiva dos Funcionamentos / Jéssica Paim do Valle Chaves – 2023.
127 f.

Orientadora: Profª. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense.

1. Saúde Sexual – Teses. 2. Serviços de Saúde Reprodutiva – Teses. 3. Homossexualidade Feminina – Teses. 4. Bioética – Teses. 5. Profissionais de Saúde – Teses. 6. Vulnerabilidade Sexual – Teses. I. Costa, Cristiane Maria Amorim. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. II. Título.

CDU 612.6:613.9

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Jéssica Paim do Valle Chaves

**Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da
Perspectiva dos Funcionamentos**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética aplicada e Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense. Área de Concentração: Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva.

Aprovada em 12 de maio de 2023.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Cristiane Maria Amorim Costa (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof^ª. Dra. Maria Clara Dias
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^ª Dra. Luciane Marques de Araujo
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às mulheres, que em meio a todas as dificuldades, são resistência e força para avanços conseguirem seu lugar! Principalmente, à minha família composta apenas por mulheres, às minhas equipes de trabalho com profissionais mulheres, minhas colegas de estudo e amigas, vocês são mulheres potentes e que me inspiram!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à uma força maior que nos move nesse plano, à uma espiritualidade que permanece presente e me fez ter fé e forças para conseguir concluir mais essa etapa em minha vida;

À minha mãe, Silvana Andreia, que desde o início de tudo sempre me motivou e me apoiou em como os estudos são importantes e que eu posso alcançar grandes voos;

Ao meu irmão de 11 anos, Davi Paim, que mesmo muito novo entendeu quando eu tive que deixar de acompanhá-lo até a escola, fazer os deveres de casa, ir ao cinema ou brincar para me dedicar a este mestrado;

Ao meu noivo, Douglas Gama, por estar do meu lado nesse novo desafio em minha vida, ouvindo meus choros e minhas felicidades, por entender todas as vezes que estive ausente, cansada ou estressada por conta da rotina pesada e demanda entre trabalhos e estudos;

Às minhas parceiras de trabalho e amigas de vida, equipe Sala Lilás – Petrópolis, por estarem ativamente me acompanhando nesta etapa da vida. Sempre me cobrindo nos plantões que conciliavam com as aulas, lendo os meus textos e me estimulando a não desistir. Vocês são mulheres que me inspiram demais!

Às minhas colegas de mestrado, Laura Barbosa e Mariana Vilar, que mesmo o contato sendo apenas virtual nos tornamos amigas e apoiamos umas às outras para que a conclusão deste mestrado se tornasse possível e mais leve;

Às mulheres que tocaram minha vida durante todos esses anos de trabalho, vocês são a razão de eu ter chegado até aqui e meu incentivo para amar cada vez mais o que faço;

Aos professores do PPGBIOS, sou grata por tudo o que me ensinaram. Vocês me inspiram e me dão forças para eu querer lutar cada vez mais por um mundo justo e equânime;

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Cristiane, por toda a paciência comigo, ensinamento e dedicação a este trabalho. Mais do que uma orientadora, você foi uma amiga, ouvinte, incentivadora. Sempre com palavras doces e compreensivas, me ouvindo chorar tanto por questões acadêmicas quanto pessoais. Se não fosse pela Cris, com certeza eu não teria continuado até o final;

À minha banca examinadora, Prof.^a Dra. Maria Clara Dias, Prof.^a Dra. Luciane Marques de Araujo, Prof.^a Dra. Suane Soares, por terem aceitado o meu convite com boa

vontade, comprometimento e pelas contribuições realizadas para o enriquecimento deste trabalho;

Aos profissionais que aceitaram fazer parte desta pesquisa. Sei que atuamos em uma cidade com preconceitos estruturais muito presentes e que para participar, tiveram que se livrar tanto dos fantasmas sociais quanto pessoais... vocês movem a saúde!

Por fim, obrigada a todos que de alguma forma contribuíram diretamente e indiretamente para que eu alcançasse o meu objetivo!

Ninguém é igual a ninguém. Todo ser humano é um estranho ímpar.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

CHAVES, Jéssica Paim do Valle. **Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da Perspectiva dos Funcionamentos**. 2023. 127 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

Trata-se de um estudo que possuiu como objeto a assistência sexual e reprodutiva da mulher lésbica, por profissionais médicos e enfermeiras, sob a perspectiva dos funcionamentos. Possuiu como objetivo geral: Analisar os funcionamentos básicos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações morais profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva. E como objetivos específicos: Discutir a influência das ações morais do profissional sobre suas práticas na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Identificar quais as especificidades na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. A presente pesquisa teve caráter exploratório-descritivo e natureza qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 17 profissionais de saúde, 13 enfermeiras e 4 médicos, que realizam o atendimento de saúde sexual e reprodutiva, na cidade de Petrópolis. Para ter acesso aos participantes foram escolhidas, pelo menos, 1 ESF de cada distrito para conseguir abranger todo território municipal. A escolha foi feita através de sorteio aleatório e a partir da aceitação dos profissionais que atuavam naquela unidade. A escolha das unidades foi realizada de forma randomizada, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Após submissão e aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ e FMP/UNIFASE foi iniciada a coleta dos dados. O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada e os depoimentos foram analisados através da análise de conteúdo proposta por Bardin. Após análise de dados, estabeleceu-se 4 categorias que são desenvolvidas de acordo com os capítulos: O acompanhamento de mulheres lésbicas durante a assistência sexual e reprodutivo e seus funcionamentos básicos; O acolhimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva; As singularidades da mulher lésbica reconhecidas ou não pelos profissionais durante a assistência sexual e reprodutiva; A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas. Com este estudo constatou-se que para a realização dos funcionamentos básicos está associado ao relacionamento estabelecido entre profissional de saúde e mulher lésbica, da abertura que este profissional dá para a mulher se sentir segura e confortável para expor a sua sexualidade e dúvidas, que se acabam por ficar atrelados a moralidade dos mesmos. Outro aspecto relevante é o interesse do profissional em buscar sua atualização, capacitação e qualificação nas singularidades da assistência à mulher lésbica. Neste sentido, os entrevistados, em sua maioria, descumprem com os funcionamentos básicos para uma assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas qualificadas.

Palavras-chave: Saúde Sexual. Homossexualidade Feminina. Reprodução. Bioética.

ABSTRACT

CHAVES, Jéssica Paim do Valle. **Analysis of sexual and reproductive assistance for lesbian women, from the Perspective of Functioning**. 2023. 127 f. Dissertação (Mestrado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2023.

This is a study that had as its object the sexual and reproductive care for lesbian women, by medical professionals and nurses, from the perspective of functioning. Its general objective was: To analyze the basic functions of lesbian women that are facilitated or denied based on professional moral actions, of nurses and doctors, during sexual and reproductive assistance. And as specific objectives: Discuss the influence of the professional's moral actions on their practices in sexual and reproductive assistance to lesbian women; Identify the specificities in sexual and reproductive assistance for lesbian women; To describe the functioning that are facilitated and denied during sexual and reproductive assistance to lesbian women. This research was exploratory-descriptive and qualitative in nature. The research participants were 17 health professionals, 13 nurses and 4 doctors, who provide sexual and reproductive health care in the city of Petropolis. To gain access to the participants, at least 1 ESF from each district was chosen to be able to cover the entire municipal territory. The choice was made through a random raffle and based on the acceptance of the professionals who worked in that unit. The choice of units was carried out at random, respecting the inclusion and exclusion criteria. After submission and approval by the Research Ethics Committees of IMS-UERJ and FMP/UNIFASE, data collection began. The data collection instrument was the semi-structured interview and the testimonies were analyzed through the content analysis proposed by Bardin. After data analysis, 4 categories were established, which are developed according to the chapters: Accompanying lesbian women during sexual and reproductive assistance and its basic functions; The reception of lesbian women in sexual and reproductive assistance; The singularities of lesbian women recognized or not by professionals during sexual and reproductive assistance; Professional disability and violence against lesbian women. With this study, it was found that for carrying out the basic functions, it is associated with the relationship established between the health professional and the lesbian woman, the openness that this professional gives to the woman to feel safe and comfortable to expose her sexuality and doubts, which are end up being linked to their morality. Another relevant aspect is the professional's interest in seeking updating, training and qualification in the singularities of assistance to lesbian women. In this sense, most of the interviewees fail to comply with the basic functions for qualified sexual and reproductive assistance to lesbian women.

Keywords: Sexual Health. Homosexuality Female. Reproduction. Bioethics.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1-	Seleção de artigos científicos para a revisão integrativa.....	23
Quadro 1 -	Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes.....	24
Quadro 2 –	Funcionamentos básicos das mulheres lésbicas.....	37
Figura 1-	Representação gráfica dos funcionamentos básicos e condicionantes....	43
Figura 2 -	Distribuição das unidades de ESF de acordo com cada distrito de Petrópolis.....	47
Quadro 3 -	Características pessoais dos participantes.....	50
Quadro 4-	Características profissionais dos participantes.....	54
Figura 3 -	Demonstrativo dos funcionamentos básicos e seus condicionantes para contemplar as singularidades da saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired immunodeficiency syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida);
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde;
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior;
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa;
CFM	Conselho Federal de Medicina;
COEP	Comissão de Ética em Pesquisa;
ESF	Estratégia de Saúde da Família;
FMP	Faculdade de Medicina de Petrópolis;
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana);
HPV	Human Papiloma Virus (Papiloma Vírus Humano);
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
IST	Infecção Sexualmente Transmissível;
IMS	Instituto de Medicina Social;
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexual, Travesti/Transgêneros/Transexuais
LGBTQIAPN+	Lésbicas, Gays, Travesti/Transgêneros/Transexuais, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual, Não-Binário e outros.
OMS	Organização Mundial da Saúde;
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;
PDF	Perspectiva dos Funcionamentos;
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
PNH	Política Nacional de Humanização;
PNPR	Programa Nacional de Paternidade Responsável;
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde;
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,

	Travestis e Transexuais;
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil;
PPGAR	Programa de Prevenção de Gravidez de Alto Risco;
SMS	Secretaria Municipal de Saúde;
SUS	Sistema Único de Saúde;
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro;
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria;
UNIFASE	Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto;

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1.2 Revisão Integrativa como Justificativa	23
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO	29
2.1 O acompanhamento de mulheres lésbicas durante a assistência sexual e reprodutiva e seus funcionamentos básicos	27
2.1.2 <u>Funcionamentos básicos e suas relações</u>	36
3 ESCLARECIMENTOS METODOLÓGICOS	46
3.1 Tipo de Pesquisa	46
3.2 Cenário da Pesquisa	46
3.3 Participantes da Pesquisa	48
3.4 Aspectos Éticos	56
3.5 Coleta de Dados	57
3.6 Análise de Dados	58
4 DISCUSSÃO	61
4.1 O atendimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva	61
4.2 A singularidade lésbica na perspectiva dos profissionais e seus funcionamentos básicos	67
4.3 A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE A – Quadro de categorias de unidade de significação.....	103
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
APÊNDICE C – Roteiro de Entrevistas.....	109
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – UERJ/IMS.....	111

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UNIFASE/FMP.....	120
ANEXO C – Termo de Autorização da Unidade.....	126
ANEXO D – Termo de Autorização Institucional.....	127

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objeto **a assistência sexual e reprodutiva¹ da mulher lésbica, por profissionais médicos² e enfermeiras², sob a perspectiva dos funcionamentos básicos.**

Em busca de contemplar todas a singularidade como ser existente, Maria Clara Dias disserta sobre a teoria dos funcionamentos. Nesta teoria, a autora (2019) afirma que o indivíduo pode ser observado com um “sistema funcional”, onde as demandas e características de cada ser é abrangida por seus funcionamentos.

A teoria da perspectiva dos funcionamentos (PdF) pretende utilizar da universalização da justiça para suprir a todas as demandas de todos os seres, buscando compreender quais são os seus funcionamentos para que estes sejam atendidos de forma justa e completa. Esta ideia pretende fazer com que os funcionamentos de cada ser seja contemplado de acordo com a justiça e seus direitos (DIAS, 2018).

No caso das mulheres lésbicas, a elevadas restrições de realização de funcionamentos básicos pode estar associada a à grande divisão social por sexo biológico, gênero e orientação sexual. O conservadorismo tem garantido a este grupo a discriminação e exclusão social (DIAS, 2018).

Ao discutir sobre acolhimento, destaca-se que uma das diretrizes apresentadas pela Política Nacional de Humanização é a Diretriz de Acolhimento, definida como reconhecer e atender as especificidades e necessidades do outro como saúde e respeitá-las. (BRASIL, 2013a).

Este acolhimento pode ocorrer de acordo com a experiência social de cada profissional e esta experiência é marcada por sua inserção em diferentes critérios de classificação social.

Os sujeitos estão marcados por condições sociais distintas, que se entrelaçam em determinações de classe, gênero, etnia, faixa etária, posição no ciclo reprodutivo, afiliação religiosa, capital cultural e educacional. (HEILBORN, 2003).

Devido a essas diversidades, um sujeito pode vivenciar diferentes tipos de violências. É importante compreender que estas violências e opressões não devem ser tratadas levando

em conta apenas um marcador social, mas sim em conjunto e, ao analisar as discriminações de forma simultânea e não isoladamente, é definida a interseccionalidade (AKOTIRENE, 2019).

O estado de direitos democráticos atual, não tem sido suficiente para incluir determinados grupos sociais na estrutura da sociedade. Um exemplo disto, é a população de Lésbicas, Gays, Travesti/Transgêneros/Transexuais, Queer, Intersexual, Assexual, Pansexual, Não-Binário e outros (LGBTQIAPN+ ³) que apesar de se desenvolver dentro do mesmo espaço geopolítico de outros grupos, ainda assim se encontra desamparado por políticas públicas e serviços sociais (SOARES; PERES, 2018).

Os altos índices de preconceito e discriminação são a causa de LGBTQIAPN+ serem classificados como vulneráveis perante a sociedade. O preconceito é qualquer julgamento, podendo ser cognitivo ou comportamental, direcionado a determinado grupo de forma ofensiva, desrespeitosa e negativa de acordo com aquilo que a pessoa acredita. Já a discriminação seria a forma comportamental do preconceito, atribuindo ações hostis, negativas e/ou agressivas sobre determinado grupo (RODRIGRES; ASSMAR; JABLONSKI, 1999).

É indispensável que a população LGBTQIAPN+ seja protegida contra o preconceito sendo dever dos órgãos públicos realizarem medidas protetivas contra esse contexto (SENADO FEDERAL, 2010).

Uma das primeiras políticas formuladas e implementadas, que inclui a categoria LGBTQIAPN+, foi a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2004. A PNH busca que o Sistema Único de Saúde (SUS) reconheça a singularidade de cada um, atendendo com equidade, sem distinção etária, racial, naturalidade, de gênero e identidade sexual (BRASIL, 2010). Porém, só em 2011 houve a implantação de uma política específica para o público LGBTQIAPN+. Foi criada a Portaria nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011, que institui a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT). Esta política possui como

³ Apesar da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011) citar a sigla contendo apenas as letras LGBT, este estudo decidiu incluir a versão mais recente utilizando LGBTQIAPN+ como forma de não invisibilizar outros grupos e suas lutas para maior representatividade (MOREIRA, 2022).

objetivo um atendimento à saúde mais ampliado, com qualidade, respeito e que atenda todas as necessidades do público LGBTQIAPN+ (BRASIL, 2011).

Dentre essas diretrizes voltadas para essa população, uma das principais é o direito ao tratamento adequado à saúde. A violência contra o LGBTQIAPN+ e o despreparo de profissionais para lidarem com esse público de forma adequada, ocasiona maiores danos à saúde e afasta os LGBTQIAPN+ da procura de atendimento, por isso, percebe-se a necessidade de aprimorar cada vez mais a implantação desta política (FACCHINI E BARBOSA, 2006).

É importante não reduzir a saúde de um ser apenas a um conceito orgânico e natural, mas sempre buscando um estado de equilíbrio onde suas circunstâncias sociais tenham relevância e impacto no seu estado de saúde (DALMOLIN; et. al., 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1946), o conceito de saúde se aplica ao completo bem-estar físico, mental e social, não sendo restrito apenas ao conceito de ausência de doença. Pode-se dizer que esta definição deveria contemplar o ser humano como um todo e abranger todas as suas singularidades, visto que para cada pessoa, o bem-estar físico, mental e social se representa de um jeito e deve ser atendido conforme seus funcionamentos (DALMOLIN, et. al; 2011).

Sendo o Brasil o país que mais mata a população LGBTQIAPN+, as mulheres lésbicas buscam mecanismos de sobrevivência que acabam influenciando na qualidade de vida. Mulheres lésbicas, majoritariamente, vivem de forma invisível na sociedade para que a sua segurança seja garantida, seja esta tática proposital ou não. Este grupo normalmente encontra-se vivendo em comunidades marginalizadas, com empregos informais e não lhes são dadas oportunidades para uma ascensão social (SOARES; PERES, 2018).

A falta de sociabilidade e segurança, faz com que as lésbicas se limitem a conviver com poucas pessoas. Devido ao alto número de lesbocídio, estas mulheres não possuem garantia de segurança entre seus familiares, amigos próximos e colegas de trabalho, deixando-as cada vez mais excluídas socialmente (SOARES; PERES, 2018).

No caso das mulheres lésbicas, violência de gênero e lesbofobia são constantemente cometidas através de uma sociedade heteronormativa que supervaloriza a figura masculina e hétero (SANTANA; RASERA, 2018). É comum o discurso desmerecendo as mulheres e

invisibilizando as lésbicas, resultando que as coloque em situações de violência duas vezes: por serem mulheres e por serem homossexuais. Mas como dito anteriormente, não se deve tratar dessas opressões separadamente, mas sim de forma interseccional, pois uma influencia a outra e contemplam todo o ser mulher lésbica, associado a outros marcadores sociais.

Estes fatores citados acima provam que garantir uma saúde de qualidade vai muito além de uma consulta de saúde com exames e medicamentos, mas também é necessário garantir uma qualidade de vida social para que todos os funcionamentos básicos destas mulheres sejam contemplados.

Os profissionais, ao se depararem com o atendimento de um paciente LGBTQIAPN+, encontram-se em diversos dilemas como seus preconceitos sobre a homossexualidade, sobre o seu despreparo devido à falta de conhecimento de como lidar com aquela informação e como direcionar os seus cuidados de acordo com as necessidades e demandas apresentadas pelo paciente, resultando em atitudes antiéticas (ARAUJO, 2015).

As dificuldades de comunicação, reforçadas pela desigualdade de posição entre os profissionais de saúde e as mulheres lésbicas, em muito motivadas por julgamentos de ordem moral e religiosa, por parte dos profissionais, impõem o questionamento quanto à qualidade da relação desenvolvida neste encontro e conseqüentemente, a qualidade da atenção à saúde (ARAUJO, p. 23, 2015).

Quando um profissional de saúde presta assistência à uma mulher lésbica é necessário que ele enfrente todos os seus preconceitos e despreparos relacionados a homossexualidade. Esse despreparo pode influenciar nas atitudes de como se portar e orientar essa mulher frente às suas demandas e singularidades. É importante que haja a reflexão sobre os efeitos de estereotipar a mulher e assim, afetar a assistência associada a orientação sexual e diminuir seus preconceitos e atitudes discriminatórias, pois apenas desta forma poderá ser extinto o preconceito e tornar o respeito às diferenças e o cuidado integral à saúde uma realidade (ARAUJO, 2015).

De acordo com Dias (2019) para haver justiça, as estruturas básicas da sociedade deverão ser responsáveis pela promoção dos princípios de justiça e necessidade das pessoas, gerando um Estado de direito. Portanto, sugere-se que quanto maiores as desigualdades sociais, menores as oportunidades das mulheres de terem um atendimento sexual e reprodutivo de qualidade e se tornarem mães. O princípio de justiça seria reparador ou denunciante dessa desigualdade.

Segundo a perspectiva dos funcionamentos, é necessário observar e empenhar-se em promover todos os funcionamentos básicos de acordo com o princípio moral universal do respeito, buscando o que é valoroso para uma boa vida de cada indivíduo (DIAS, 2019).

No caso das mulheres lésbicas, os seus funcionamentos básicos não vêm sendo atendidos de forma integral devido à grande divisão social por sexo, gênero e orientação sexual. O conservadorismo social garante a este grupo a discriminação, exclusão e diferenciamento (SOARES; PERES; DIAS, 2017).

Através da perspectiva dos funcionamentos é possível fazer uma associação também com a perspectiva feminista decolonial, pois ambas buscam compreender as discriminações de sexo/gênero, racial, cultural, religioso ou epistêmico. O feminismo decolonial busca compreender, através da interseccionalidade, as indiferenças e violências que as mulheres sofrem e tenta alcançar a autonomia das mesmas e suprimir os obstáculos que são exigidos às mulheres de forma que seus direitos e demandas sejam atendidos (DIAS, 2018).

As leis atuais não abrangem todas as características e necessidades socioculturais e políticas das mulheres lésbicas, deixando-as “inclusas” em leis gerais e voltadas para o público heteronormativo. Este fato resulta na não contemplação dos funcionamentos básicos desta população (SOARES; PERES; DIAS, 2017).

Além disso, a assistência de saúde do público LGBTQIAPN+ pode ser prejudicada por diversas questões, como o fato das representações sociais interferirem na conduta dos profissionais de saúde resultando em condutas antiéticas. É necessário que haja a inclusão da educação e qualificação desses profissionais a respeito de questões de gênero e sexualidade sempre buscando a desconstrução social de preconceitos. (SILVA, 2017).

Tratando-se da mulher lésbica, elas somente são incluídas nas políticas públicas após 30 anos da criação dos primeiros programas voltados para a saúde da mulher.

Apenas em 2004, quando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) deixou de ser um programa e se tornou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que teve-se uma maior evolução. Com esta política, houve a representatividade de um avanço para as mulheres, onde a mulher deixou de ser vista apenas como reprodutora, e começou a ser contemplada como um sujeito com demandas específicas e singularidades. Somente quando o Programa virou Política que foi reconhecido que a

mulher não é uma categoria única e que há uma diversidade enorme de mulheres que precisam ser contempladas, incluindo as lésbicas. Porém, como crítica, esta política trata meramente sobre assuntos como Infecções Sexualmente Transmissíveis/ Vírus da Imunodeficiência Humana (IST/HIV) na mulher lésbica e a maternidade através da Reprodução Assistida (CORRÊA, 2012). Através desta inserção na política, percebe-se ainda uma lógica bastante estigmatizada como se a saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas se resumisse à IST/HIV e técnicas de reprodução humana, excluindo todas as suas outras questões mais complexas e singulares.

De acordo com Facchini e Barbosa (2006), ainda há especificidades de cuidados a serem conhecidas para que se obtenha uma compreensão mais ampla sobre as necessidades que esse público requer, por isso as políticas públicas ainda não são inteiramente efetivas. E um dos pontos de menor conhecimento é a questão da saúde sexual e reprodutiva entre um casal de mulheres em relação homoafetiva.

O meu interesse sobre este tema surgiu quando, na Residência de Enfermagem Obstétrica, comecei a ter contato com gestantes lésbicas e observei que a conduta dos profissionais que as atendiam era diferente da conduta que os mesmos tinham quando a gestante se inseria na heteronormatividade. Muitas vezes esses profissionais eram discriminatórios e antiéticos, resultando em uma qualidade prejudicada da assistência. Na residência, resolvi pesquisar sobre a percepção das mulheres lésbicas sobre a qualidade do atendimento pré-natal que elas recebiam e uma das conclusões foi que a grande maioria sofria de homofobia e era privada de determinadas assistências que eram garantidas para elas por direito, como a inclusão da companheira na consulta de pré-natal. Não incluir a sua parceira na consulta de pré-natal, acaba ferindo um dos seus funcionamentos básicos, resultando em uma má assistência e falta de qualidade da saúde.

Além disso, mesmo não sendo meu lugar de fala por ser uma mulher cisgênero, branca, feminilizada e pansexual, percebo tanto no meu âmbito social, convivendo com mulheres lésbicas, quanto no meu âmbito profissional como enfermeira especializada em saúde da mulher, a escassez de discussão sobre o tema e a falta de capacitação profissional para atender a este público. Isso coloca as mulheres lésbicas em situação de vulnerabilidade, não tendo a sua saúde atendida de forma eficaz e integral.

Os profissionais que as assistiam mostravam-se totalmente despreparados para o atendimento a este público, indicando não saberem como orientar e atuar neste cenário. Quando as mulheres lésbicas revelaram suas vontades de engravidar, os profissionais não sabiam responder quais técnicas de reprodução elas poderiam utilizar ou então as discriminavam com falas pejorativas como se ter uma família não fosse possível para esta mulher a partir do momento em que ela se assumiu lésbica. Por isso, agora no mestrado, resolvi entender o que leva a esses profissionais a praticarem tais atos antiéticos que acabam interferindo na qualidade na saúde sexual e reprodutiva destas mulheres e encontrei na Perspectiva dos Funcionamentos, meu caminho bioético para esta inquietação.

Diante do exposto, apresento como questão norteadora do estudo:

- a) Como as ações do profissional pode interferir na qualidade da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?
- b) Quais as especificidades na saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?
- c) Quais os funcionamentos que são facilitados ou negados, a partir das ações das enfermeiras e médicos, no cotidiano das práticas de saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?

E para responder esta questão, o estudo possui como objetivo geral:

Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva.

E como objetivos específicos:

- a) Identificar quais as especificidades na saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, na visão dos profissionais de saúde;
- b) Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas;
- c) Discutir a influência das ações do profissional sobre suas práticas na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

A realização deste estudo se justifica por observarmos que, de acordo com a bioética devemos buscar um cuidado ampliado, abrangendo as condições sociais e auxiliando na criação de políticas públicas capazes de atender à essas condições (PEGORARO, 2010).

Um dos tópicos que estão inseridos nas condições sociais é a saúde. Este tópico é um dos principais instrumentos concreto de cidadania, uma vez que um ser humano saudável

contribui para que ele alcance uma qualidade de vida melhor, porém, quando a cidadania e saúde não estão alinhadas é reproduzido uma injustiça individual e coletiva (COSTA, 2015).

A bioética pode ser utilizada como uma ferramenta importante para esta qualificação, baseando-a sempre em uma visão laica e estimulação do pensamento crítico em toda sua pluralidade que a sociedade é composta (SILVA, 2017).

Também se justifica pelo fato de que nas literaturas disponíveis, existem poucas pesquisas que procuram abordar sobre atendimento sexual e reprodutivo das mulheres lésbicas.

1.2 Revisão Integrativa como Justificativa

Para comprovar tal afirmação, foi realizada uma revisão integrativa. Esse método utiliza pesquisas anteriores para repassar o conhecimento sobre determinado assunto (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). Na enfermagem, através da revisão integrativa, é possível implementar na prática os resultados encontrados, contribuindo para uma qualidade assistencial maior (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Esta revisão integrativa possui como pergunta norteadora: O que há de produção científica sobre a assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas?

E como objetivo: Apresentar as produções científicas, disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no Periódico da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sobre a assistência à saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

A revisão foi realizada de acordo com as seis etapas citadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 761-763):

- 1ª etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa;
- 2ª etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura;
- 3ª etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos;
- 4ª etapa: avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa;
- 5ª etapa: interpretação dos resultados;
- 6ª etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

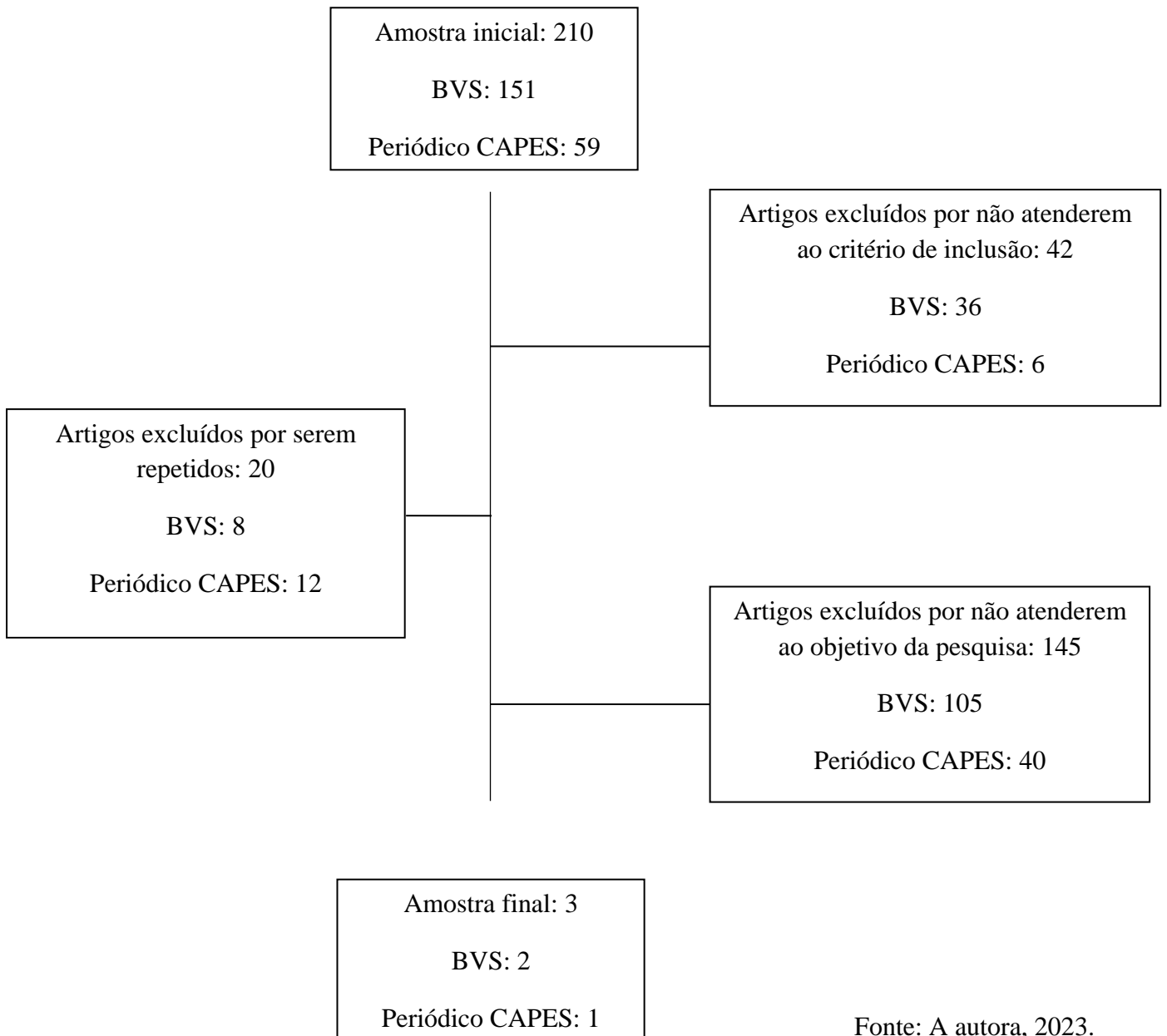
A coleta de dados possuiu como fonte artigos científicos, através de uma busca online realizada nos meses de julho e agosto de 2021, na base de dados BVS e no Periódico CAPES.

Para realizar esta pesquisa, foram utilizados os descritores Homossexualidade Feminina, Saúde Sexual, Cuidado Pré-Natal e Reprodução em português. Em espanhol os termos foram procurados como: Homossexualidad Femenina, Salud Sexual, Atención Prenatal e Reproducción. E em inglês os termos foram procurados como: Homosexuality Female, Sexual Health, Prenatal Care e Reproduction. Estes descritores foram pesquisados combinados entre si e utilizando o boleador “and”.

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos científicos originais publicados nos últimos 10 anos (2011-2021), nos idiomas Português, Inglês e Espanhol e disponíveis na íntegra para consulta. Foram excluídos materiais que não atendiam aos critérios de inclusão, artigos repetidos e que não atendiam ao objetivo desta revisão integrativa.

Obteve-se um total de 210 (duzentos e dez) pesquisas encontradas, após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 3 (três) artigos científicos. No fluxograma a seguir, observa-se um detalhamento das pesquisas encontradas e suas respectivas seleções e exclusões:

FLUXOGRAMA 1 - Seleção de artigos científicos para a revisão integrativa



Para organização dos dados foi formulado um quadro, onde foram destacadas as seguintes informações: título, revista, ano de publicação, tipo de pesquisa, objetivos e resultados relevantes. Observa-se o quadro a seguir:

Quadro 1- Resultados da busca nas bases de dados e seleção de artigos pertinentes (Continua)

ARTIGO	TÍTULO	REVISTA	ANO DE PUBLICAÇÃO	TIPO DE PESQUISA	OBJETIVOS	RESULTADOS RELEVANTES
Artigo 1	Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World: A Swedish Grounded Theory Study	Maternal and Child Health Journal	2018	Exploratória-descritiva, de natureza qualitativa. Utilizando a teoria fundamentada para análise.	Obter uma visão sobre como as mulheres em relacionamentos do mesmo sexo vivenciam o processo de formação de família por meio da técnica de reprodução assistida, desde o planejamento da gravidez até a parentalidade, e sua experiência de apoio parental de profissionais de saúde.	As participantes descreveram o processo de formação de uma família como uma jornada estressante através de um mundo heteronormativo. As participantes não sabiam onde recorrer para receber informações sobre. Elas descreveram os profissionais de saúde e o tratamento como diretrizes heteronormativas, e a transição para a maternidade tão estressante e sem suporte.

(Conclusão)

Artigo 2	Questões de gênero na consulta pré-natal de enfermagem: percepções das enfermeiras residentes	Revista de Enfermagem UFSM	2020	Exploratória-descritiva, de natureza qualitativa.	Descreveras percepções das enfermeiras residentes em processo de qualificação para a assistência pré-natal acerca das questões de gênero na consulta de enfermagem	As normas de gênero relacionam-se com valores e comportamentos tradicionais associados à maternidade e paternidade. As iniquidades advindas dessas normas são vistas como a causa da violência às mulheres e do limitado envolvimento masculino na gestação. Há restrições de uma perspectiva de gênero nos serviços, apesar de haver homens que buscam uma paternidade mais ativa e casais homoafetivos que recorrem ao atendimento pré-natal.
Artigo 3	Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	2014	Exploratória-descritiva, de natureza qualitativa.	Descrever as experiências de mulheres não heterossexuais em relação à saúde sexual e reprodutiva nos serviços de saúde.	O obstáculo específico para o acesso sexual e saúde reprodutiva entre estas mulheres não heterossexuais derivadas de uma “Lógica da invisibilidade” entre esta população como pacientes ginecológicas, o que resultou em discriminação antecipada (percebida discriminação) dentro de um homo / lesbofóbico contexto; ausência de produção teórica e intervenções práticas em relação à saúde e sexo entre mulheres; e invisibilidade de lésbicas e bissexuais como um grupo.

Fonte: A autora, 2023.

Ao selecionar os artigos, foi observado que a maioria das publicações que utilizavam os descritores selecionados tratavam-se apenas sobre a utilização da técnica de fertilização in vitro por mulheres lésbicas ou sobre IST/HIV, enquadrando-se nas mesmas - e poucas- questões que as políticas públicas tratam relacionadas a reprodução e gestação da mulher lésbica. Estes artigos não foram selecionados por não abordarem a assistência direta dos profissionais enfermeiras e médicos.

Com esta pequena revisão integrativa, podemos observar que as publicações selecionadas identificaram que o atendimento reprodutivo e gestacional das mulheres lésbicas ainda continua com um modelo heteronormativo, ignorando as suas singularidades. Também foi possível observar o despreparo profissional para o atendimento a este público e a interferência desse despreparo na qualidade do atendimento às mulheres lésbicas.

Acredito que com este estudo haja a possibilidade de compreender como as ações morais dos profissionais podem interferir na qualidade do atendimento de mulheres lésbicas, comprometendo seus funcionamentos básicos e, com isso, adequar e aprimorar a capacitação voltada a esses profissionais.

Este estudo pretende contribuir, a partir da divulgação e publicação de seus resultados, com a qualificação da formação profissional no campo da saúde, envolvendo tanto a formação de enfermeiras quanto de médicos, atentando para a necessidade de desconstrução de estereótipos e preconceitos e a compreensão do quanto esses afetam a qualidade do cuidado à saúde promovendo a violação de direito das mulheres lésbicas à saúde, quando não possuem uma assistência ética e qualificada.

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 O acompanhamento de mulheres lésbicas durante a assistência sexual e reprodutiva e seus funcionamentos básicos

Este referencial teórico de baseia na pesquisa realizada por esta autora, cujo título é “A percepção da mulher lésbica sobre o acolhimento no pré-natal”. Buscou-se ainda compreender quais são os Funcionamentos Básicos reconhecidos pelas mulheres lésbicas relacionados ao atendimento sexual e reprodutivo, incluindo a assistência pré-natal.

Os dados aqui expostos foram construídos através de uma pesquisa realizada no período de 2018 à 2019. Foram entrevistadas 06 mulheres lésbicas que estavam ou haviam estado gestantes e foi pesquisado qual era a percepção das mesmas sobre o atendimento sexual e reprodutivo que elas recebiam.

Através desses dados, foram reanalisados seus discursos, porém, desta vez sendo feito à luz das perspectivas dos funcionamentos. Com isto, será possível utilizar este capítulo para embasamento dos próximos capítulos.

Para um casal de mulheres lésbicas a decisão de se tornarem mães vem junto com a decisão de qual forma isso será feito: através da adoção ou da gestação. Quando as mulheres desejam passar pelo processo gestacional elas também precisam decidir de que maneira isso será realizado, seja através de relação sexual, fertilização in vitro, inseminação artificial ou inseminação caseira (CORRÊA, 2012). Através do poder de escolher a maternidade e escolher como ela se tornará real identificamos o funcionamento de *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva*. Este funcionamento se refere que a mulher possui ampla capacidade de decidir sobre a sua vida sexual e reprodutiva, e como irá conduzi-la para que suas decisões sejam concretizadas sem qualquer discriminação e preconceito.

As mulheres lésbicas com baixa renda não conseguem realizar procedimentos em clínicas de reprodução humana assistida devido ao valor elevado. Na própria portaria que aborda a atuação do SUS na Política Nacional de Atenção Integral de Reprodução Humana Assistida - Portaria nº 426/GM de 22 de março de 2005, não estão incluídos os casais

homoafetivos, contemplando apenas os casais heterossexuais inférteis (BRASIL, 2005). Em 2015 o CFM sancionou a resolução nº 2121, onde foi assegurado a utilização dos procedimentos de reprodução assistida mesmo não comprovando a infertilidade, instaurando o direito da gestação compartilhada entre casais de lésbicas (CFM, 2015). Porém, essas resoluções não implicam em procedimentos 100% gratuitos pelo SUS. Assim, o casal lésbico necessita pagar, por um custo elevado, a amostra de sêmen que será utilizada.

Neste sentido, para que essa escolha seja realizada muito fatores estão correlacionados, interferindo na plena autonomia que esta mulher tem. Esta liberdade acaba se tornando relativa quando se impõe a questão financeira – passa a ser uma condição – ***Ter estabilidade financeira para sustentar-se*** e para a escolha do método.

“Eu queria muito ter um filho, mas não tinha dinheiro pra fazer todos aqueles procedimentos.” (M1)

“Até então eu ia fazer na clínica [o procedimento para obtenção da gestação], cheguei até a ir visitar uma e fazer um orçamento. Aí eu vi uma matéria na televisão de inseminação caseira e comecei a pesquisar sobre o assunto na internet, vi que o valor era quase nada e resolvi tentar. Os procedimentos em clínica são muito caros e a gente não tem nenhuma garantia de que vai funcionar!” (M4)

Existir uma política pública, que teoricamente deveria ser construída para atender a todos de forma universal e equânime, possibilitando a realização do funcionamento ***Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva***, e que não cumpre seu papel por ter sido criada com um olhar heteronormativo resulta na não realização do funcionamento de ***Ter direito à cidadania***, definido como possuir acesso aos direitos existentes de forma universal e equânime, sendo ouvida pela sociedade de acordo com suas necessidades quanto mulher lésbica.

Esta falta de assistência faz com que elas busquem meios muitas vezes inseguros e sem a preparação necessária para conseguirem a tão sonhada gravidez. A condição financeira afeta diretamente o método que a mulher utiliza para engravidar, fazendo com ou elas utilizem a inseminação artificial caseira ou às vezes faz com que elas tenham relação sexual com homens para conseguirem engravidar mesmo contra os seus desejos, caracterizando também uma forma de violência vivida por essas mulheres, conforme visto nas falas anteriores.

As mulheres que utilizam da relação sexual ou inseminação caseira o fazem motivadas pelos custos mínimos desses procedimentos como principal fator de decisão.

“Como era tudo muito caro, eu me virei! Eu entrei em vários grupos no facebook e fui procurando durante um ano, aí nesses grupos tinham alguns doadores... eu procurei os mais conhecidos, os que davam mais positivos, os mais confiáveis e os que possuíam características que eu achava legais para o meu filho, até que eu escolhi um doador aqui do Rio de Janeiro mesmo. Se não fosse assim eu não teria dinheiro pra conseguir ter meus filhos.” (M4)

Então, eu resolvi ter relações sexuais com um homem, mesmo não gostando, pra eu conseguir engravidar!” (M1)

Entretanto, mesmo conseguindo engravidar, outro grande obstáculo que enfrentam são as questões legais para firmarem os seus acordos com os doadores/pais biológicos para que eles não pleiteiem os direitos de paternidade posteriormente.

As mulheres que optam pela inseminação caseira e relação sexual heterossexual, buscam uma forma de se protegerem legalmente para que o doador/pai biológico não possa ter nenhum poder legal sobre seus filhos futuramente. Porém, por falta de orientação e esclarecimento do poder judiciário, esses acordos geralmente são pactuados apenas verbalmente, o que certamente não envolve nenhum valor legal.

É comum que os doadores/pais biológicos e as mulheres assinem contratos criados por eles mesmos com o objetivo de desvincular o doador/pai biológico de relações próximas e obrigações financeiras com a criança e informando que eles abrem mão dos direitos como pai sobre a mesma.

“Eu pedi pra ele [pai biológico] assinar um termo avisando que ele [pai biológico] era só o doador, eu mesma escrevi tudo a mão. Só que eu não sabia que esse termo não ia valer nada, só descobri quando levei o termo no cartório. Aí acabou ficando por isso mesmo...” (M1)

“A bebê é filha minha e da minha parceira, foi o acordo que eu tive com o pai biológico e com minha mulher. Não fizemos nenhum documento porque a gente confiou um no outro.” (M3)

“Eu até fiz um contrato pra mim e o doador assinarmos, mas depois descobri que judicialmente isso não serve de nada.” (M4)

Porém, este contrato tem valor nulo perante a justiça, pois não há nenhuma lei que regula esse tipo de contrato de acordo. Isso deixa brecha para que os doadores/pais biológicos não cumpram o acordo e busquem judicialmente os direitos que antes eles haviam aberto mão (ARINS, 2018).

A necessária ajuda judicial para tal acaba sendo outra condição que infere no funcionamento de *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva e em Ter direito à cidadania*. Quando as mulheres não possuem uma segurança de que elas estão respaldadas

legalmente para que futuramente não tenham conflitos com os doadores, significa outra restrição para a escolha do método de obtenção de gravidez, visto que o método que escolherem podem acabar interferindo no seu núcleo familiar, pois esses doadores podem solicitar se tornarem presentes nas vidas das crianças, sendo exatamente o que essas mulheres não desejam.

Além da questão judicial, essas mulheres ainda se expõe ao risco de contraírem IST/HIV, visto que esses acordos com doadores dificilmente vêm acompanhado de exames preconcepção para verificar que o sêmen não está contaminado.

Já as mulheres que optam por utilizarem a inseminação artificial e a fertilização in vitro, mesmo com os custos elevados, necessitam das clínicas médicas para realizarem os procedimentos de inseminação artificial ou fertilização in vitro, tornando esse público mais elitizado. Apesar do alto custo, as mulheres que utilizam esse método justificam o benefício de não precisar ter contato direto com uma terceira pessoa, um homem, na relação entre elas e as suas parceiras e por acreditarem que os métodos realizados com o auxílio de um profissional médico teriam mais sucesso.

“Quando a gente vai fazer o tratamento na clínica nós temos que comprar uma amostra de sêmen, isso é bom porque compramos direto do banco de sêmen sem precisar entrar em contato com o doador.” (M5)

“Outra coisa que me motivou a escolher fazer a inseminação artificial foi não precisar ter contato com o doador, assim a gente não tem a chance de ele acabar interferindo na gravidez e nem no nosso casamento.” (M6)

Entretanto, as mulheres, mesmo nestas clínicas estão passíveis de sofrerem violência institucional através de situações lesbofóbicas, por parte dos profissionais que as atendem devido as suas escolhas de ser tornarem mães estando envolvidas num relacionamento com outra mulher.

“Na primeira clínica nós fomos na primeira consulta onde o médico foi e falou exatamente assim: “se fosse a alguns anos atrás eu nem faria o tratamento de vocês, hoje como é obrigado por lei eu vou fazer”. Ele [médico] não faria só porque somos duas mulheres, ele deixou isso bem claro falando com a gente, só que naquela ânsia que a gente tava de termos o filho e que pelas nossas pesquisas ele [médico] era o melhor em fertilização in vitro no Rio de Janeiro, ele [médico] era a referência aqui no estado. Aí a gente pensou “ele [médico] vai fazer obrigado, mas vai fazer”. (M5)

“O médico nunca disse na nossa cara que tinha preconceito, mas a gente via o jeito dele [médico], não era aquele profissional acolhedor. Ele [médico] era seco, falava só o necessário e foi assim o procedimento todo.” (M6)

Esta violência institucional vivida por estas mulheres infringe a liberdade em que elas possuem de serem quem elas são, sendo livres de preconceitos físicos e morais. Sendo assim, ocorre o não cumprimento do funcionamento de *Ter Integridade Física e Moral*, que é definido como possuir a liberdade de viver de acordo com suas escolhas, de forma em que sua integridade moral e física seja respeitada independente de qualquer meio social em que ela esteja inserida, podendo ter uma vida digna e sem qualquer preconceito, medos e exclusões.

A própria lei colabora para a perpetuação da violência contra esse público, onde a resolução do CFM 2168/17 concede o respaldo caso o médico decida negar atendimento, como visto na parte II – PACIENTES DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA, no tópico 2 que diz que “É permitido o uso das técnicas de reprodução assistida para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito a objeção de consciência por parte do médico” (CFM, 2017).

A objeção de consciência se refere a permissão que o profissional médico possui em negar atendimento nos casos em que a prestação de serviços solicitados não esteja de acordo com a consciência moral daquele profissional (CFM, 2019), o que pode, com o uso inadequado do termo, camuflar uma discriminação tanto para as mulheres em relações homoafetivas ou as mulheres solteiras. Nos casos das clínicas de reprodução humana assistida, os médicos podem negar que um casal composto por duas mulheres realize a inseminação artificial ou fertilização in vitro a fim de engravidarem e se tornarem mães, violando o direito que estas possuem como cidadãs.

Esse despreparo e negação profissional decorre-se ao heterocentrismo e o heterossexismo enraizado na nossa sociedade. Estes termos são utilizados como normas definidoras de quem merece ser cuidado e quem não merece de acordo com a lógica social. O heterocentrismo refere-se a um conjunto social e cultural de crenças em que a heterossexualidade é considerada superior e central, sendo definidor das normas e regras sociais. Já o heterossexismo trata-se das violências em que as pessoas não heterossexuais sofrem, invisibilizando suas demandas e singularidades, como se não fossem importantes para serem consideradas relevantes socialmente (JESUS, 2013).

Entre outras palavras, a orientação sexual, e não apenas a renda, é incluída na análise e definição se a pessoa lésbica pode ou não receber tratamento respeitoso e de qualidade.

Diante do exposto, para uma assistência de saúde adequada, cabe ao profissional auxiliar no processo de escolha dos métodos que podem ser utilizados para engravidar e orientações, incluindo o encaminhamento, para serviços jurídicos. Desta forma, os funcionamentos de *Ter Autonomia na Decisão Sexual e Reprodutiva* e *Ter Integridade Física e Moral* contemplados como básicos, também passam a ser condicionantes um ao outro e que são condicionantes do funcionamento *Ter direito à cidadania*.

Mas, apesar das reiteradas tentativas de negação do funcionamento *Ter assistência de saúde sexual e reprodutivo pautado na singularidade da pessoa humana*, a gravidez acontece e as mulheres buscam assistência no pré-natal. Essa falta de capacitação profissional e violências institucionais que a mulher lésbica sofre descumpra de outro funcionamento básico, sendo este o de *Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana*, definido como possuir a garantia de uma assistência em saúde de qualidade para a mulher lésbica, sem violência e considerando suas especificidades.

Cada mulher possui suas singularidades e necessidades específicas e isso se mostra mais evidente quanto às mulheres lésbicas que, além de possuírem suas necessidades específicas como mulher, possuem suas demandas relacionadas à orientação sexual. Tentando abranger essa necessidade, foi promulgada a Política Nacional de Saúde Integral LGBT e também foram incluídos pequenos parágrafos de citação sobre a mulher lésbica na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, porém, ainda são menções rasas e superficiais.

Considerando a existência da mulher lésbica e que ela é um ser que pode expressar os seus desejos de viver sua sexualidade e a maternidade do jeito que ela quiser e com quem ela quiser, a sociedade e as políticas públicas precisam prover desses direitos e necessidades que essas mulheres possuem a fim de garantir o funcionamento básico de *Viver de Maneira Plena a Maternidade*. Para que este funcionamento seja preservado, uma das condições seria *Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual*, pois isso traria condições para estar mulher ser saudável. A exemplo temos as mulheres que não possuem renda financeira suficiente para custear procedimentos de reprodução assistida e acabam realizando procedimentos caseiros, sem acompanhamento profissional e se expondo a riscos tanto de saúde quanto de segurança.

A visão da saúde é ampliada, indo além do modelo que a define como ausência de doença, portanto, busca-se identificar os Fundamentos Básicos que devem ser efetuados para alcançar um estado de saúde pleno, incluindo outros fatores condicionantes, tais como: social, cultural, financeiro, etc. Através do ser saudável, a mulher lésbica consegue garantir que outros funcionamentos sejam atendidos e ela consiga realizar os seus projetos de vida (COSTA, 2015).

Na rotina de assistência à saúde no pré-natal, quando a gravidez é descoberta, ainda no primeiro trimestre, é realizado exame de ultrassonografia para verificar a idade gestacional corretamente, diagnóstico oportuno de múltiplas gestações e má formação fetal, além de indicar a viabilidade dessa gestação, podendo ser realizada por via abdominal ou transvaginal (BRASIL, 2016).

Essas mulheres podem demonstrar um desconforto ao realizar o exame devido a introdução da sonda de ultrassom em seu canal vaginal.

“Muitas mulheres lésbicas tem a barreira da penetração, durante a ultrassonografia transvaginal aquilo me causou um desconforto enorme, ninguém quer saber disso, só saem enfiam aquele troço lá e fim... acho que o profissional deveria ter mais sensibilidade.” (M2)

“Eu tive que fazer um monte de exame desse tipo [ultrassonografia transvaginal] que teve que introduzir algo na minha vagina durante a inseminação artificial, mas isso não quer dizer que eu ache menos desconfortável agora no pré-natal. Seria legal se ele [médico] tivesse me explicado antes de eu chegar pra fazer o exame.” (M6)

Muitas mulheres lésbicas sentem incômodo com a penetração vaginal através de objetos ou instrumentos de saúde devido a associação de não gostarem de práticas sexuais que envolvam a penetração (ARAÚJO et. al., 2019). Por isso, deve ser considerado, pelo profissional de saúde, após a explicação do procedimento da ultrassonografia transvaginal e a recusa pela mulher, a oferta da opção de realização da ultrassonografia por via abdominal. Mas, para poder garantir a mulher o direito de escolher, a condução da consulta deve incluir, inicialmente, dados de orientação sexual que promovam um cuidado individualizado e qualificado.

Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual seria condição para ser saudável e para *Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva pautada na singularidade da pessoa humana*, mas é básico nele mesmo porque impõe condições básicas de atendimento individualizado pautado em marcadores sociais.

Outro fator que influencia na qualidade de assistência é a realização do exame preventivo para rastreamento do câncer de colo uterino. Existe a crença por parte de alguns profissionais de que a mulher lésbica não necessita realizar o exame preventivo porque as mesmas não possuem prática sexual com homens, não havendo a penetração peniana (ARAÚJO, 2015). Porém, segundo Brasil (2013d), o Papiloma Vírus Humano (HPV), que é um dos fatores necessários para o desenvolvimento do câncer de colo uterino, pode ser transmitido pelo ato sexual entre duas mulheres através do contato pele-pele e pelo contato de mucosas contaminadas. A falta de orientação por parte dos profissionais que realizam a assistência dessas mulheres pode gerar um desconforto para as usuárias e até mesmo o não rastreamento da doença. Para garantir a autonomia dessas mulheres é necessário que as mesmas sejam esclarecidas e portadoras de conhecimento para que elas consigam cobrar os profissionais que as atendem, já que pode levar a negligência na assistência.

“Eu não fiz exame preventivo não, a médica falou que não precisava.” (M3)

“Eu já até fiz esse exame antes que era quando eu tava namorando homem, mas aí por causa de eu estar namorando mulher a enfermeira falou que não precisa mais.” (M5)

Diante disso, o que se percebe é que as consultas de pré-natal, costumeiramente, são direcionadas para cuidados de mulheres heterossexuais, fazendo com que os profissionais que realizam o atendimento se atentem mais aos conhecimentos e práticas voltadas para esse público.

Os profissionais, no atendimento a mulheres homossexuais, embasam seus cuidados a esse público em conhecimentos empíricos e de senso comum adquiridos durante sua vida, impedindo/negando um pré-natal de qualidade, com negligência e desassistência.

Um dos principais fatores que influenciam na qualidade da assistência pré-natal é a relação entre o profissional de saúde e a mulher. Em uma consulta de pré-natal voltada ao público heterossexual a assistência parece ser confortável para o profissional já que ele foi capacitado para atender a esse público e não há crenças religiosas e sociais que, critiquem essa forma de sexualidade, o que não ocorre em relação às lésbicas.

“A enfermeira não sabia como me atender, quando eu falei que era lésbica a primeira coisa que ela [enfermeira] disse foi “ué, se você é lésbica como que tá grávida?”, como se só mulher hétero pudesse engravidar... ela [enfermeira] também ficou me perguntando muito como era uma relação sexual entre duas mulheres, pedia pra eu explicar em detalhes, achei desnecessário. Eles [profissionais] são totalmente despreparados pra isso!” (M1)

“No pré-natal, me perguntaram uma vez sobre o pai mesmo eu falando que era lésbica. Tive que explicar que não teria pai e sim duas mães. Pra mim, aquilo era óbvio, não entendi porque perguntaram.” (M3)

“Na primeira consulta já começam direto com aquele monte de perguntas voltadas apenas para héteros, como “seu parceiro isso... seu parceiro aquilo...” sempre usam um pronome masculino pra falar do parceiro, né?!” (M4)

“Os profissionais são despreparados para nos atender, ou eles agem como se a gente fosse hétero ou agem como se fôssemos coisa de outro mundo.” (M6)

Quando a mulher lésbica expõe a sua orientação sexual e relata que tem uma parceira e não um parceiro, há um desconforto da maioria dos profissionais, pois é algo que não é comum de acontecer e muitos deles não sabem como conduzir a situação, fazendo com que a parceira seja ignorada e excluída, mantida em segundo plano ou até mesmo sofrendo situações de preconceito.

“Eu e minha parceira chegamos na consulta e a enfermeira perguntou se minha parceira era minha irmã ou minha prima e eu falei que ela [parceira] era minha esposa, a enfermeira olhou pra gente meio assustada e foi preconceituosa o pré-natal todo.” (M1)

“Na primeira consulta eu já fui com a minha parceira. Eu costumo me posicionar quanto a minha sexualidade logo. Eu sempre penso que a pessoa que é quem tem que digerir e saber lidar com a minha sexualidade, não eu. Eu sempre falo de cara que sou lésbica pra já não comecem me tratando como se eu me relacionasse com um homem. A médica não me tratou mal depois que eu falei.” (M2)

“Eu fui atendida por uma médica que quando ela [médica] perguntou sobre o pai eu falei que era lésbica, ela [médica] já ficou estranha, não aceitou de primeira e começou a me tratar seca.” (M3)

“Eu tive que contar pra ela [médica] logo de cara pra na consulta ela não vir com aquelas perguntas pra hétero. Ela [médica] disse que não tinha problema nenhum, mas mesmo assim me fez as perguntas sobre meu parceiro.” (M4)

“Eu lembro que foi eu quem abordou a minha sexualidade, mas a reação da médica não foi homofóbica. Na verdade, ela [médica] nem citava o fato de eu ser lésbica, era como se aquilo não fosse relevante pra gestação.” (M5)

“Na primeira consulta eu fui com a minha parceira e ele [médico] fez uma brincadeira falando “já na primeira consulta o marido correu e mandou outra pessoa no lugar? A senhora é mãe, irmã ou cunhada?” ele [médico] perguntou pra minha parceira. Nós [mulher e parceira] não rimos da brincadeira e eu disse que ela [parceira] era a minha esposa, mãe do nosso bebê junto comigo. O médico ficou sério, não pediu desculpas e nem nada e continuou a consulta bem seco.” (M6)

Estes fatores acabam infringindo o funcionamento de *Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha*, sendo este definido como ter o direito de incluir sua parceira no processo sexual e reprodutivo e que esta mulher também seja reconhecida como mãe. Cumprir este funcionamento acaba sendo também condicionante para a realização dos funcionamentos básicos de *Viver de maneira plena a Maternidade e Ter*

Direito à Cidadania, pois uma mulher não consegue viver a maternidade da forma que ela almeja e nem usufrui dos seus direitos se as suas vontades como mulher, mãe e lésbica não forem respeitadas, seja essa vontade dela viver sua sexualidade e processo reprodutivo com quem ela desejar.

Quando um profissional de saúde presta assistência à uma mulher lésbica é primordial que ele enfrente todos os seus preconceitos e despreparos relacionados a homossexualidade, visto que influencia nas atitudes de como se portar e orientar essa mulher frente às suas demandas e singularidades. É importante que haja a reflexão sobre os efeitos de estereotipar à mulher e assim, afetar a assistência associada à orientação sexual e diminuir seus preconceitos e atitudes discriminatórias, pois apenas desta forma poderá ser extinto o preconceito e tornar o respeito às diferenças e o cuidado integral à saúde uma realidade (ARAÚJO, 2015).

2.1.2 Funcionamentos básicos e suas relações

Analisando tudo que foi exposto neste capítulo, observa-se que muitos dos funcionamentos básicos das mulheres lésbicas são violados durante a sua assistência sexual e reprodutiva. Para identificar os funcionamentos básicos, foi esquematizada uma tabela com os funcionamentos encontrados neste capítulo e suas definições:

Quadro 2 - Funcionamentos básicos das mulheres lésbicas (Continua)

FUNCIONAMENTO BÁSICO	DESCRIÇÃO	CONDIÇÕES PARA SUA REALIZAÇÃO	OBSTÁCULOS	FUNCIONAMENTO CONDICIONANTE
<p>Viver de maneira plena a maternidade.</p> <p>Continuação</p>	<p>Ter autonomia/conhecimento para escolher ser mãe e a forma mais segura e ideal para esta mulher obter a gestação.</p>	<p>Ter conhecimento e garantia de tecnologias e assistência adequadas a sua orientação sexual;</p> <p>Ser livre de preconceito físico e moral;</p> <p>Respeitar a escolha pela maternidade do casal de mulheres lésbicas;</p> <p>Qualificação adequada dos profissionais que a assistem.</p>	<p>Olhar não interseccional dos profissionais - renda, raça, nível escolar e orientação sexual;</p> <p>Indisponibilidade de tecnologias e assistência mal conduzida voltada a mulher lésbica;</p> <p>Incerteza de gasto sem garantia de efetiva gravidez;</p> <p>Falta de orientação sobre assistência singular voltada a sua orientação sexual, impedindo uma decisão autônoma.</p>	<p>Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha;</p> <p>Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva;</p> <p>Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana;</p> <p>Ter Direito à Cidadania;</p> <p>Ter estabilidade financeira para sustentar-se;</p> <p>Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual;</p> <p>Ter integridade física e moral.</p>
<p>Viver a sexualidade e maternidade com</p>	<p>Ter o direito de incluir sua parceira na assistência</p>	<p>Legislação específica protetiva para que a parceira também</p>	<p>Exclusão da parceira no pré-natal;</p>	<p>Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva;</p>

parceira de sua livre escolha.	sexual e reprodutiva, sendo esta mulher também reconhecida como mãe.	<p>tenha direitos como casal e mãe;</p> <p>Escolha por métodos/tecnologias que mantenham o desconhecimento do doador;</p> <p>Respeitar o casal e incluir a parceira como parte integrante do processo;</p> <p>Qualificação adequada dos profissionais que as assistem.</p>	<p>Violência lesbofóbica com invisibilidade da relação homoafetiva e da parceira;</p> <p>Fragilidade legislativa quanto a participação do doador de sêmen;</p> <p>Violências reais ou veladas por discriminação.</p>	<p>Ter integridade física e moral;</p> <p>Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana;</p> <p>Ter Direito à Cidadania.</p>
Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva.	Ter ampla capacidade de decidir sobre a sua vida sexual e reprodutiva, e como irá conduzi-la para que suas decisões sejam concretizadas sem qualquer discriminação e preconceito.	<p>Respeito dos profissionais no tocante a sua orientação sexual;</p> <p>Capacitação dos profissionais para atendimento à mulher lésbica.</p>	<p>Violências reais ou veladas por discriminação;</p> <p>Perpetuação legalizada da discriminação de casal homoafetivo;</p> <p>Desconhecimento profissional sobre a assistência sexual e reprodutiva em relações homoafetivas.</p>	<p>Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha;</p> <p>Viver de maneira plena a maternidade;</p> <p>Ter direito à cidadania;</p> <p>Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana.</p>
Ter integridade física e moral.	Ser respeitada de forma completa como ser humano, incluindo sua orientação	Ser livre de preconceito físico e moral;	A integridade física fica pela ausência de diálogo, onde a gestante se cala por medo e não	<p>Ter direito à cidadania;</p> <p>Ter assistência de saúde</p>

	sexual, sendo livre de qualquer julgamento.	Profissionais capacitados para o atendimento de mulheres lésbicas; Estabelecimento de confiança e respeito na relação equipe-casal; Respeito dos profissionais no tocante a sua orientação sexual.	busca informações para esclarecimento de dúvidas; Vivência de violência na assistência, materializados em preconceito e cuidado negligenciado.	sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana; Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva.
Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana.	Ter garantia de uma assistência em saúde de qualidade para a mulher lésbica, sem violência e considerando suas especificidades.	Ter conhecimento sobre tecnologia/ assistência adequada a orientação sexual; Educação em saúde que visem atender as especificidades da mulher lésbica e de sua parceira; Capacitação dos profissionais no tocante a saúde sexual e reprodutiva de mulheres fora da heteronormatividade; Estabelecimento de vínculo de confiança, segurança e respeito na relação equipe-casal.	Preconceito e “desconhecimento” dos profissionais no tocante às necessidades de cuidados das mulheres lésbicas; Heteronormatividade compulsória por parte dos profissionais que atendem as mulheres lésbicas; Formação inadequada na graduação, não apontando as possibilidades de ser pessoa humana; Relação desigual de poder-profissional- usuário; Violência velada por	Ter integridade física e moral; Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva; Viver de maneira plena a maternidade; Ter direito à cidadania; Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual; Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha.

			discriminação na assistência.	
Ter direito à cidadania.	<p>Ser reconhecida como portadora de direitos e poder usufruir dos mesmos;</p> <p>Ser Garantida de direito legal no processo saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Ser respaldada pela lei para usufruir de seus direitos como cidadã e mãe.</p>	<p>Acesso irrestrito a serviços públicos e privados de saúde;</p> <p>Profissionais capacitados para o atendimento de mulheres lésbicas;</p> <p>Orientação e segurança jurídica quanto as questões relacionadas a casal homoafetivo e doador;</p> <p>Políticas ampliadas para atendimento das diversas pessoas;</p> <p>Condições financeiras e/ ou acesso equânime aos tipos de tecnologia disponíveis.</p>	<p>Heteronormatividade social, que impõe que o casal seja de gêneros diferentes;</p> <p>Preconceito e discriminação;</p> <p>Ter renda para sustentar os custos financeiros definidores das suas escolhas à sua saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Acesso e garantia desigual de tecnologias e assistência adequadas a sua orientação sexual;</p> <p>Diretrizes rasas na política específica de saúde sexual e reprodutiva e não associação da PNSILGBT.</p>	<p>Ter integridade física e moral;</p> <p>Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual;</p> <p>Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana;</p> <p>Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva.</p>

Tratando-se de mulher lésbica, compreende-se que ao assumir sua orientação sexual socialmente, *Ter integridade física e moral* fica comprometida visto que essas pessoas constantemente são expostas a agressões físicas, que são as que deixam marcas visíveis no corpo, e as agressões morais, que deixam marcas psicológicas e emocionais ocasionadas por agressões verbais e não verbais. *Ter a integridade física e moral* prejudicadas resulta na falta de direitos em *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva*, visto que estas mulheres ficam receosas de se exporem e sofrerem com retaliações da sua orientação sexual (COSTA, 2015).

E para garantir que aquelas que optarem pela gestação possam *Viver de maneira plena a maternidade*, o reconhecimento das necessidades se faz importante para que isso seja alcançado. A primeira delas é entender que mulheres lésbicas *Tem direito à cidadania*, incluindo o que se refere e à sua saúde sexual e reprodutiva. Essas mulheres, buscam diferentes formas para engravidar e deve ser garantido a elas a disponibilidade de métodos (relação sexual, inseminação caseira, inseminação artificial e fertilização in vitro) e que a mesma possa *Ter garantia de tecnologia adequada a orientação sexual* para aquele que mais se adequa ao seu desejo e vida.

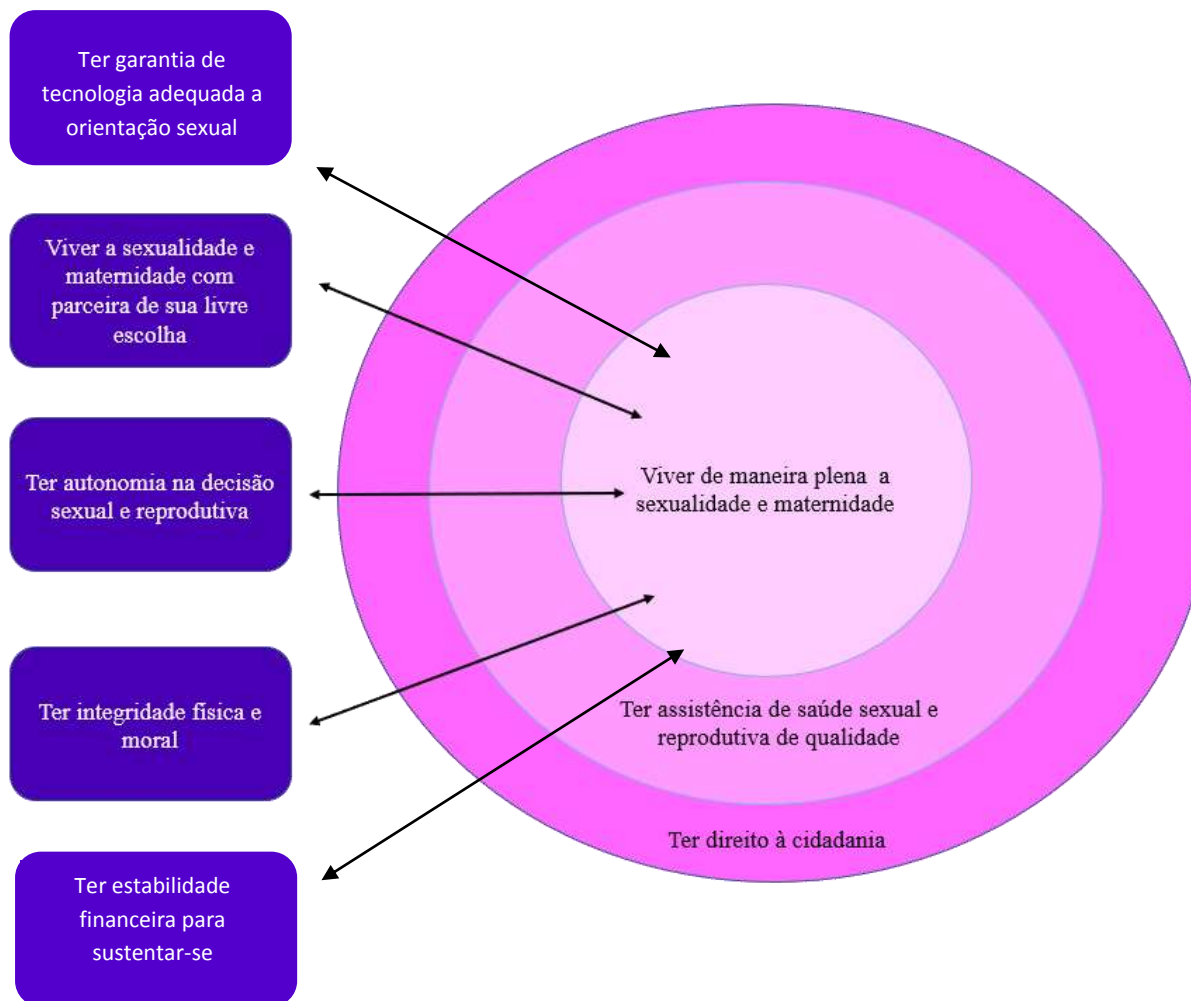
Não bastando apenas reconhecerem seus direitos como cidadã para que as lésbicas possam concretizar o sonho de uma gestação, é necessário garantir que estas mulheres possam usufruir destes direitos através da garantia de direito legal no processo de obtenção da gravidez, onde a lei respalde seus direitos como cidadã e mãe; o direito de *Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha*, caso ela deseje, onde a parceira deve ser incluída em todo o processo da maternidade; e o direito da mulher em *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva*, sem qualquer discriminação e preconceito por ser lésbica e por querer gestar como uma mulher lésbica.

E ao conseguir alcançar todos esses funcionamentos, o atendimento sexual e reprodutivo de qualidade para o casal de mulheres lésbicas pode ser concretizado. Uma assistência de qualidade se baseia em um profissional bem capacitado, que não comprometa a integridade física e moral da mulher, reconheça que ela possui direitos como cidadã e saiba respeitar e informá-la de seus direitos e deixá-la livre para exercer sua sexualidade e adequar o seu atendimento a todas as singularidades que ela demandar.

O estudo reforça a fluidez de ocupação de prioridade dos funcionamentos, sendo eles básicos neles mesmos e também condicionantes para que outros funcionamentos possam ser realizados (DIAS, 2019).

A representação gráfica a seguir consegue exemplificar para melhor clareza sobre a relação entre os funcionamentos básicos neles mesmos e seus condicionantes:

Figura 1 - Representação gráfica dos funcionamentos básicos e condicionantes



Fonte: A autora, 2023.

Entendendo que o ser humano é um conjunto de funcionamentos (DIAS, 2019), podemos dizer que alguns funcionamentos básicos não podem ser atendidos sem que outros funcionamentos básicos também sejam contemplados. Eles precisam da combinação de um com o outro para que o ser humano tenha o que ele considera valoroso e adequado para uma vida realizada.

Desta forma, o Funcionamento, em si mesmo, tem um valor básico e pode atuar como um colaborador para alcançar outros Funcionamentos. É importante destacar que cada indivíduo deve assumir a responsabilidade pelo reconhecimento dos Funcionamentos básicos (COSTA, 2015).

Durante a assistência sexual e reprodutiva, o cenário vivido por estas mulheres, não é muito diferente. As mulheres tem que lidar com profissionais desatualizados e que utilizam de seus juízos de valores para atender a essas mulheres, o que normalmente estão associados aos princípios morais de colonialidade heterossexual, onde a mulher lésbica é invisibilizada porque os profissionais são formados academicamente e socialmente através de premissas de uma feminilidade hegemônica e do único modelo familiar - o heterossexual (DIAS, 2018).

O desconhecimento do profissional de saúde acerca das práticas sexuais entre lésbicas em conjunto com uma conduta heteronormativa pode tornar essas mulheres invisíveis e vulneráveis à uma assistência de má qualidade nos serviços de saúde. O efeito negativo desta invisibilidade pode ainda resultar numa assistência ineficaz e incompleta, deixando ainda que o profissional aborde apenas questões de saúde sexual sobre diagnóstico e tratamento de IST/HIV (RUFINO et. al, 2018), não pensando em orientações específicas para sexo entre duas mulheres voltadas a prevenções e o prazer na relação sexual.

A abordagem sobre sexualidade nos cursos de graduação da saúde, tanto de enfermagem quanto de medicina, é voltada para a heterossexualidade, sendo citado o gay apenas quando abordada a temática sobre HIV/AIDS (RUFINO et. al, 2018).

A mulher lésbica normalmente não é citada durante a grade curricular das graduações de saúde e é apresentada a ideia de que a heterossexualidade representa o único tipo normal de sexualidade (ARAUJO, 2015), assim como todas as políticas são embasadas na mesma lógica.

Ainda há uma grande dificuldade entre a sociedade de compreender que mulheres lésbicas podem querer engravidar e exercer a maternidade. Este fato é devido a

cultura heteronormativa da sociedade em que vivemos onde há o pensamento de que quando a mulher se assume lésbica ela está abrindo mão de todos os seus desejos e características femininas, incluindo o desejo da maternidade (LUCIO; ARAÚJO, 2017).

A promoção de alguns funcionamentos não pode anular a realização de outros funcionamentos, sejam estes ligados a saúde ou não.

Após identificados os funcionamentos básicos neste capítulo, este trabalho irá discutir o tema em cima da perspectiva dos funcionamentos.

Através da perspectiva dos funcionamentos é possível buscar, entender e perpassar que os direitos lésbicos sejam priorizados e considerados de acordo com os funcionamentos básicos que este público apresenta durante a saúde sexual e reprodutiva. Com esta teoria, pode ser possível compreender quais são esses funcionamentos básicos e se os profissionais de saúde que realizam o atendimento sexual e reprodutivo de mulheres lésbicas conseguem atender suas demandas e se não, porque não o fazem.

3 ESCLARECIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Este estudo possuiu um caráter exploratório-descritivo de natureza qualitativa. Para Minayo (2013) a pesquisa qualitativa é a compreensão do subjetivo da realidade social através dos significados, motivos, valores e atitudes das pessoas em uma sociedade, correspondendo um processo mais profundo das relações.

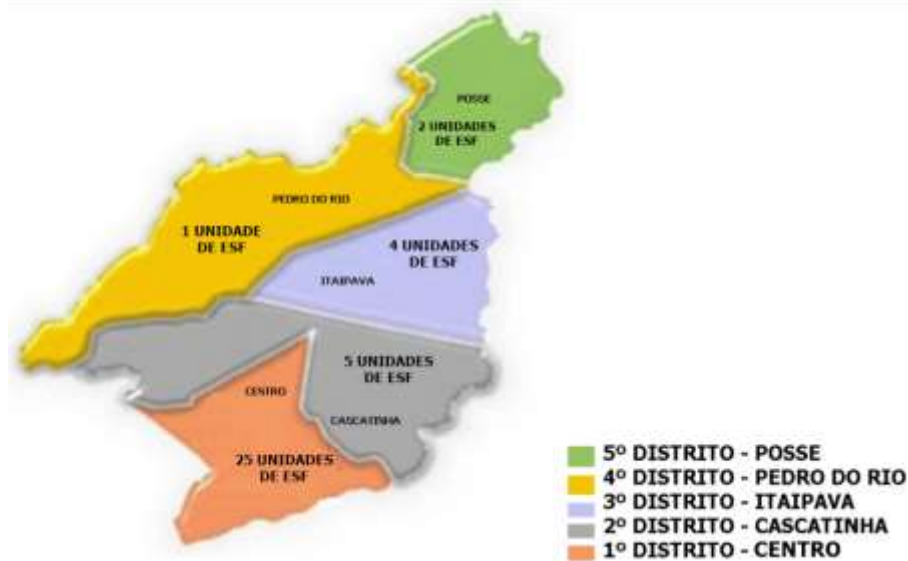
A pesquisa qualitativa se apoia na premissa de que o agir humano, visa um sentido ou um valor que não pode ser captado por uma explicação tecnicista (LEOPARDI, 2001).

Segundo Dyniewicz (2014) a pesquisa exploratório-descritiva é a melhor escolha ao se pesquisar assuntos pouco estudados. Através dela é possível identificar diferentes pontos de vista acerca de um tema podendo ter uma visão geral sobre o assunto abordado, buscando descrever os aspectos encontrados e pontuar diferentes perspectivas sobre o tema discutido.

3.2 Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Petrópolis, com foco nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A cidade consta com 37 ESFs, abrangendo todos os 5 distritos da cidade.

Figura 2 - Distribuição das unidades de ESF de acordo com cada distrito de Petrópolis



A estrutura de saúde pública da cidade conta com 25 unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) distribuídas entre os cinco distritos. Fonte: própria autora, 2023. A cidade de Petrópolis possui uma rede de saúde pública que inclui a Unidade de Medicina de Petrópolis/Centro Universitário Arthur Sá Earp. Através desse convênio, 05 unidades da Estratégia de Saúde da Família são regidas tanto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Petrópolis quanto pela FMP/UNIFASE.

Devido ao fato supracitado, optou-se por incluir apenas as unidades que são de responsabilidade integral da Secretaria Municipal de Saúde, pois as ESFs em parceria com a FMP/UNIFASE são unidades em que os atendimentos são realizados majoritariamente por discentes sob orientação de seus docentes, representando uma outra dinâmica de atendimento não sendo o que representa na maior parte do território municipal. Com isso, os profissionais entrevistados contemplaram 14 unidades de Estratégia de Saúde da Família, sendo estas distribuídas entre os 05 distritos do município. A escolha das ESFs foi feita através de sorteio aleatório e a partir da aceitação dos profissionais que atuam naquela unidade.

A escolha por este cenário da Estratégia de Saúde da Família deu-se por acreditar que abrangerá todo o território da cidade e devido a justificativa utilizada pelo Ministério da Saúde, onde foi observado que em 2006, a estratégia de saúde da família foi o local mais procurado pela população para realizar os seus atendimentos, equivalendo a 52%. Enquanto apenas 18% procuraram os consultórios particulares, 17% procuraram os ambulatórios hospitalares, 5,8% buscaram os prontos-socorros e 1,4% buscaram as farmácias (ARAÚJO, 2015); (BRASIL, 2006).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no último censo realizado em 2022, Petrópolis contava com 304.758 habitantes, caracterizando a cidade interiorana como pequena quando comparada a grandes metrópoles que possuem mais de 1 milhão de habitantes. Esta pesquisa optou-se por realizar as entrevistas com profissionais que atuem em uma cidade de interior a fim de analisar o cenário de saúde de uma cidade considerada pequena para dar visibilidade as mulheres lésbicas que também vivem em outros locais que não as grandes cidades.

3.3 Participantes da Pesquisa

Para participar desta pesquisa foram selecionados profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, que realizam o atendimento de saúde sexual e reprodutiva, atualmente, na cidade de Petrópolis. Para atender ao objeto e objetivos deste estudo, os profissionais selecionados foram os atuantes nas unidades de estratégia de saúde da família, especialistas ou não em ginecologia e obstetrícia e que concordaram, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

Pretendia-se entrevistar o mesmo número, ou aproximado, de enfermeiras e médicos. Ao todo, foram contatados 24 profissionais, sendo 13 enfermeiras e 11 médicos. Todas as enfermeiras contatadas aceitaram realizar entrevistas e apenas 04 médicos aceitaram participar da pesquisa. Os outros 11 médicos negaram, sendo que 01 médico negou alegando ser ocupado demais para ceder entrevistas, 03 médicos negaram por dizerem que não realizam consultas de saúde da mulher e outros 03 médicos estavam de férias e não retornaram ao contato da pesquisadora.

Acredita-se que algumas dessas recusas tiveram como seu principal motivo o tema sobre mulheres lésbicas em que a pesquisa carrega, onde alguns devem ter se sentido desconfortáveis em participar por falta de qualificação e outros por questões preconceituosas particulares. Ao serem contactados, alguns profissionais mostravam-se abertos e dispostos, porém, quando a pesquisadora relatava o tema e objetivos, percebia uma resistência e afastamento desses profissionais. Então, as entrevistas foram finalizadas quando houve a saturação dos dados.

Foi estabelecido como critérios de inclusão: profissionais que atuam, atualmente, no atendimento de saúde sexual e reprodutiva nos serviços de Estratégia de Saúde da Família no município de Petrópolis e profissionais que atuam em ESFs coordenadas exclusivamente pela SMS Petrópolis.

E como critérios de exclusão: profissionais não atuantes, atualmente, no atendimento de saúde sexual e reprodutiva no município de Petrópolis.

Para caracterizar os profissionais de saúde que participaram, foram incluídos no instrumento de coleta os dados de ordem pessoal dos entrevistados, como idade, raça, religião, estado civil, identidade de gênero e orientação sexual.

O quadro a seguir apresenta a caracterização dos atributos pessoais dos profissionais que participaram deste estudo, evidenciando o perfil dos mesmos.

Quadro 3 – Características pessoais dos participantes (Continua)

PARTICIPANTES	IDADE	RAÇA	RELIGIÃO	PRATICANTE RELIGIOSA	ESTADO CIVIL	IDENTIDADE DE GÊNERO	ORIENTAÇÃO SEXUAL
E1	43 anos	Branca	Católica	Sim	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E2	51 anos	Branca	Espírita	Sim	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E3	36 anos	Parda	Espírita	Não	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E4	61 anos	Branca	Católica	Sim	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E5	55 anos	Branca	Católica	Não	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E6	41 anos	Branca	Católica	Sim	Divorciada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E7	29 anos	Branco	Católico	Sim	Casado	Homem Cisgênero	Heterossexual
E8	36 anos	Preta	Cristianismo	Não	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E9	30 anos	Branca	Católica	Sim	União Estável	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E10	48 anos	Branca	Umbandista	Sim	Solteira	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E11	44 anos	Branca	Católica	Sim	Casada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E12	37 anos	Branca	Católica	Sim	Divorciada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
E13	52 anos	Branca	Católica	Não	União Estável	Mulher Cisgênero	Heterossexual
M1	66 anos	Branco	Católico	Sim	Solteiro	Homem Cisgênero	Heterossexual

(Conclusão)

M2	38 anos	Pardo	Agnóstico	-	Casado	Homem Cisgênero	Heterossexual
M3	56 anos	Branca	Ateia	-	Divorciada	Mulher Cisgênero	Heterossexual
M4	32 anos	Branco	Ateu	-	Divorciado	Homem Cisgênero	Bissexual

Fonte: A autora, 2023.

Mais da metade dos participantes (64,7%) nasceram no final ou após a década de 70, sendo a segunda metade desta década o período em que os movimentos LGBTQIAPN+ começaram a ganhar mais visibilidade no Brasil, a exemplo temos o Movimento de Libertação Sexual do Brasil, que

[...] era um conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento (FACCHINI, 2003).

Com essa proximidade histórica, estes profissionais cresceram ouvindo sobre a população LGBTQIAPN+ e viram as suas lutas, sugerindo que eles estariam mais próximos de como essa população vivia.

Por outro lado, em sua maioria são pessoas brancas (82,3%), praticantes de religiões baseadas no cristianismo (64,7%), que se identificam como cisgênero (100%) e possuem como orientação sexual a heterossexualidade (94,1%). São pessoas encaixadas no padrão tradicional e menos vulneráveis socialmente na população brasileira, afastando-os da realidade de grande parte da população LGBTQIAPN+.

No que se refere a raça, apenas três dos dezessete participantes (17,7%) se consideram pardos ou pretos. É perceptível que esses dados refletem que mesmo com políticas criadas para reversão do racismo histórico e da inclusão do negro no meio acadêmico, como a lei estadual de 04 de setembro de 2003 que estabelece as cotas raciais nas universidades, os negros ainda são minorias no ensino superior (ARAÚJO, 2015).

Quanto a religião, a base do cristianismo é a família heteronormativa, onde não fazer parte deste contexto é motivo para julgamentos e punições. Esta crença prega que o correto é constituir uma família com um homem e uma mulher e que qualquer relacionamento diferente disto é errado. Com isso, praticantes desta religião acabam sendo doutrinados que a homossexualidade é imprópria e condenável, podendo influenciar em suas condutas sociais e profissionais.

Esta mesma ideologia ainda atua sob o dogma do homem como ser dominante na teoria da divisão de gêneros, destinando a mulher o papel de cuidar e servir. A igreja, comumente é um ambiente em que os espaços de gênero enaltecem o ser masculino e subjagam as mulheres, colocando-as em um lugar de submissão ao homem. Ela prega valores

patriarcais onde as mulheres acabam sendo violentadas pelo machismo e levadas ao silenciamento (BOURDIER, 1999).

E para evidenciar os atributos profissionais, foram incluídos no instrumento de coleta de dados informações como distrito da ESF em que trabalha, tempo de atuação na ESF, categoria profissional, ano de graduação, qual especialização cursou e o ano que concluiu e se possui alguma formação relacionada a saúde LGBTQIAPN+.

O quadro a seguir apresenta a caracterização dos atributos profissionais dos participantes deste estudo:

Quadro 4 – Características profissionais dos participantes (Continua)

PARTICIPANTE	DISTRITO DA ESF	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ESF	ANO DE GRADUAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO	ANO QUE CONCLUIU A ESPECIALIZAÇÃO RESPECTIVAMENTE	FORMAÇÃO EM SAÚDE LGBTQIAPN+
E1	01	04 anos	2015	Dermatologia; Preceptoria Multidisciplinar.	2017; 2020	Não
E2	02	06 anos	1994	Saúde da família; Preceptoria Multidisciplinar.	2003; 2020	Não
E3	01	05 anos	2009	Enfermagem e Cuidados Intensivos; Saúde Pública; Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Mestrado em Enfermagem.	2010; 2015; 2012; 2021	Não
E4	01	03 anos	1982	Saúde da Família; Fitoterapia.	2005; 2014.	Não
E5	01	18 anos	1992	Não possui.	-	Não
E6	01	07 anos	2004	Pediatria; Saúde da Família.	2007; 2013.	Não
E7	03	05 anos	2015	Terapia Intensiva.	2016	Não

E8	01	07 anos	2010	Licenciatura; Saúde Pública.	2012; 2022.	Não
E9	01	05 anos	2014	Gestão em Atenção Primária; Preceptorial Multidisciplinar.	2018; 2020.	Não
E10	01	07 anos	1997	Enfermagem Clínica e Cirúrgica; Preceptorial Multidisciplinar; Saúde da Família.	2000; 2017; 2018.	Não
E11	04	03 anos	2008	Saúde da Família.	2013.	Não
E12	05	02 anos	2010	Saúde da Família; Dermatologia.	2012; 2018.	Não
E13	03	09 anos	1996	Preceptorial Multidisciplinar.	2020	Não
M1	01	05 anos	1982	Infectologia; Pediatria; Medicina de Família; Naturopatia.	1985; 2002; 2006; 2016.	Não
M2	01	01 ano	2011	Medicina de Família	2017	Não
M3	02	07 anos	1988	Pediatria; Antroposofia; Medicina Tradicional Chinesa; Preceptorial Multidisciplinar; Psiquiatria	1989; 2002; 2020; 2020; 2022.	Não

Com a análise da história profissional dos entrevistados, percebe-se que apenas um participante atua há um ano na estratégia de saúde da família, sendo os outros 16 participantes atuantes por mais tempo. Também é evidenciado que apenas três (17,7%) dos participantes se graduaram há menos de 10 anos, constituindo em sua maioria (94,1%) por profissionais mais experientes.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS): Orientação sexual auto identificada da população adulta (IBGE, 2019), no ano de 2019 a população brasileira que se identificava como membro LGBTQIAPN+ é composta por 5,8 milhões de pessoas, sendo esperado uma subnotificação dos dados devido ao medo de sofrerem homofobia que essas pessoas sentem ao se autodeclararem. Ou seja, é suposto que pelo menos, uma vez, esses profissionais tenham atendido a essa população. Porém, mesmo com esse número aumentando nenhum dos entrevistados relataram possuir alguma especialização voltada ao público LGBTQIAPN+, o que pode ser considerado pela falta de oportunidades para capacitação ou se esses profissionais estão dispostos a renunciarem seus preconceitos.

3.4 Aspectos Éticos

Atendendo à Resolução do Ministério da Saúde número 466 12 de Dezembro de 2012 (BRASIL, 2012), que trata das normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos, esta pesquisa foi encaminhada para avaliação, pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil. Devido a Prefeitura Municipal de Petrópolis não possuir Comitê de Ética em Pesquisa próprio, foi realizada a submissão deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis / Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (FMP/UNIFASE) como CEP de escolha pela coparticipante SMS Petrópolis. A autorização para a realização desta pesquisa em Unidades de Estratégia de Saúde da Família do município de Petrópolis se deu pela assinatura do Termo de Autorização da Unidade (ANEXO C), assinado pela Chefe do Núcleo de Gestão e Educação em Saúde e Termo de Autorização Institucional (ANEXO D), assinado pela Superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis e

Diretora do Departamento de Atenção Básica da cidade de Petrópolis. A coleta de dados somente se iniciou após a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) onde constou os objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios, informação sobre o anonimato, garantiu a possibilidade de interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal, e assegurou a possibilidade de se recusar a responder qualquer pergunta que o profissional considerasse causar qualquer constrangimento.

A pesquisadora responsável se comprometeu a manter as entrevistas transcritas bem como os arquivos de áudio armazenados no computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha, por um período mínimo de cinco anos, não tendo ninguém acesso a esses dados e de maneira que não possa identificar nenhum dos participantes.

3.5 Coleta de Dados

A coleta de dados teve início após aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (COEP) do IMS-UERJ e FMP/UNIFASE (ANEXO A) e (ANEXO B), e sendo realizadas no período de Junho a Agosto de 2022. As entrevistas ocorreram no horário escolhido pelo participante, em local de escolha do mesmo ou em um consultório privado na ESF em que ele trabalha.

O instrumento de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que segundo Minayo (2001), é a combinação entre a entrevista estruturada e a não estruturada, onde é possível trabalhar com uma pergunta pré-formulada e a participante abordar livremente o tema proposto. As entrevistas foram compostas por uma questão central e interjeições que foram ou não realizadas na dependência de terem sido ou não verbalizadas/contempladas nos depoimentos dos profissionais, visando identificar as consequências da realização ou negligência de funcionamentos, de profissionais médicos e enfermeiras, no acolhimento reprodutivo e gestacional de mulheres lésbicas.

A questão central que deu início a entrevista foi:

O que você considera necessário/básico durante o atendimento de saúde sexual e reprodutivo de uma mulher lésbica?

Os participantes foram identificados na pesquisa pela letra E, representando a palavra enfermeira, e M, representando a palavra médico, seguida por um numeral em ordem crescente, que indicou a ordem da realização das entrevistas. Desta forma, o anonimato dos participantes manteve-se garantido. O propósito da coleta de dados por meio da entrevista foi obter a percepção dos profissionais de saúde, de forma verbal, sobre determinado assunto e através da entrevista do tipo semiestruturada por ser capaz de abranger mais o tema tendo em vista tratar-se de questão aberta (DYNIEWICZ, 2014).

Antes de se iniciar a gravação das entrevistas, foi explicado aos participantes os objetivos da pesquisa e todos os seus direitos de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e foi entregue para assinatura um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma via para a pesquisadora e uma via para o participante.

As entrevistas foram gravadas, em formato MP3, e posteriormente transcritas. O roteiro para as entrevistas foi dividido em três partes, sendo a parte um relativa aos dados de caracterização pessoal e profissional dos participantes, a parte dois conteve questões acerca do tema geral da pesquisa e a parte três foi um diário de campo onde constou as impressões da pesquisadora sobre os participantes durante os diálogos (APÊNDICE C).

Ao citar os depoimentos no decorrer do texto foi mantida a linguagem original dos áudios, incluindo vícios de linguagem e gírias, sem omitir palavras e nem utilizar sinônimos, para garantir maior fidelidade durante análise e discussão.

3.6 Análise de Dados

Os dados foram analisados com base na análise de conteúdo descritas por Bardin (2011), cujas etapas incluem: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados: inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada uma “projeção das ideias sobre os conteúdos transcritos das entrevistas realizadas” (BARROS, 2018) sem desconsiderar ou modificar qualquer elemento encontrado nos depoimentos.

A fase de exploração do material é quando foram utilizados critérios para recorte, enumeração, escolha de categorias, classificação e agrupamento das informações coletadas durante as entrevistas. É nessa fase em que os depoimentos foram recortados e organizados em temas estabelecidos de acordo com o referencial teórico (BARROS, 2018). Foram alcançadas três categorias: O atendimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva; A singularidade lésbica na perspectiva dos profissionais e seus funcionamentos básicos; A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas.

Cabe destacar que foram enumeradas 656 unidades de registro, as quais foram agrupadas em 14 unidades de significação. As unidades de significação foram agrupadas por afinidade de ideias e conteúdo, de modo que se destacaram nas três categorias centrais e uma subcategoria. A categoria 01, junto com sua subcategoria, abrigou 165 unidades de registros e 03 unidades de significação. A categoria 02 abrigou 243 unidades de registros e 06 unidades de significação. E a categoria 03 abrigou 248 unidades de registro e 05 unidades de significação (APÊNDICE A).

A última fase, tratamento dos resultados: inferência e interpretação, é onde a pesquisadora buscou significados por trás dos dados coletados. A pesquisadora realizou interpretações evidentes, através daquilo que foi manifestado nos discursos e também realizou uma interpretação latente, ou seja, interpretou os dados subjetivos explícitos por trás de uma fala ou comportamento (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Como base deste estudo, utilizou-se uma pesquisa feita por esta autora, em 2019, cujo título é “A percepção da mulher lésbica sobre o acolhimento no pré-natal”, resultando no capítulo 01 desta dissertação. Através dessa pesquisa anterior, foi compreendido o que as mulheres consideravam como valoroso para a sua saúde sexual e reprodutiva e conseguinte foi feita a relação destes dados com os capítulos desenvolvidos pelo material coletado para esta dissertação.

Assim, resultou-se em quatro capítulos: O acompanhamento de mulheres lésbicas durante a assistência sexual e reprodutiva e seus funcionamentos básicos; O atendimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva; A singularidade lésbica na perspectiva dos profissionais e seus funcionamentos básicos; A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas. Ao início de cada capítulo, é feita uma breve apresentação sobre os assuntos que serão abordados nele.

4 DISCUSSÃO

4.1 O atendimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva

Esta categoria é composta por três unidades de significação, sendo elas a percepção dos profissionais sobre o que é necessário para o atendimento reprodutivo e sexual da mulher lésbica, a abordagem da orientação sexual e a estereotipagem da mulher lésbica. Através dessas unidades de significação, foram encontradas 165 unidades de registro, representando 25,2% das unidades de registro desta pesquisa.

Este capítulo destina-se a identificar o que os profissionais de saúde consideram necessário/básico para o atendimento de saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica e quais funcionamentos são negados e facilitados durante esse atendimento. Destacou-se falas referentes a relação que essas mulheres possuem com a equipe de saúde e sobre o que esses profissionais pensam em como a orientação sexual desta mulher pode influenciar nesse atendimento.

Quando o profissional de saúde recebe uma paciente em seu consultório, é necessário que o mesmo entenda as demandas e singularidades para que aquela consulta ocorra da melhor forma possível e atenda a todas as necessidades que a mulher apresentar, atendendo assim o princípio de integralidade do SUS.

A saúde brasileira é pautada em uma assistência e protocolos predominantemente heteronormativos, voltados para pessoas brancas, classe média, ou seja, não trazem em seu conteúdo os diferentes marcadores sociais que modificam a necessidade de atendimento. Pacientes como as mulheres lésbicas não são ouvidas e atendidas conforme suas necessidades.

Mesmo com a criação da PNSILGBT, a mulher lésbica é pouco representada, principalmente no âmbito da formulação de políticas públicas de saúde da mulher, sendo moldada em uma estrutura heteronormativa, inserindo o cuidado sexual e reprodutivo não hegemônico em um lugar de marginalização (SILVA; ROMEU, 2021).

As principais políticas públicas e protocolos utilizados pelos profissionais que pautam a mulher lésbica não a enxergam na sua totalidade, apresentando conteúdos incompletos, inconstantes e muitas vezes abandonados, tornando a existência da mulher lésbica esquecida (MARQUES; MATTOS, 2020). Como exemplo temos a PNAISM (2004), que introduz sobre a mulher lésbica, porém separando pouco menos de uma página para tratar sobre as especificidades deste grupo e o pouco que aborda somente é sobre a saúde ginecológica dessas mulheres, não tratando sobre as questões reprodutivas.

Observa-se esta falta de abordagem também no Caderno de Atenção Básica nº 26 do Ministério da Saúde, que trata de saúde sexual e reprodutiva (2013). Nesta publicação, trata-se de forma geral sobre a violência e contaminação por ISTs que a população LGBT pode sofrer e somente enfatiza sobre as mulheres lésbicas informando sobre a necessidade de higienização das mãos e brinquedos sexuais durante as práticas sexuais, deixando, mais uma vez, a reprodução de lado.

No âmbito da saúde sexual e reprodutiva, as mulheres lésbicas apresentam ainda mais singularidades e necessitam de um atendimento mais individualizado de acordo com a sua orientação sexual, pois por fazerem parte de uma população marginalizada pouco se é estudado sobre essas mulheres e suas necessidades.

Impregnada em todo o sistema da saúde, a heteronormatividade é mais explícita quando se trata de cuidados sexuais e reprodutivos, visto que ainda é prevalente o pensamento de que para haver uma gestação é necessário um relacionamento estreito entre um homem e uma mulher (RÖNDAHL; BRUHLER; LINDHE, 2009).

Durante as entrevistas, a maioria dos profissionais acreditam que atender às mulheres lésbicas de forma adequada é seguir os mesmos parâmetros de atendimento que utilizam ao atenderem mulheres heterossexuais. Com isso, apresentam uma assistência tendenciosa para a heteronormatividade e preconceituosa, mesmo que seja de forma velada. Alguns dos profissionais entrevistados acreditam que a melhor forma de atender a uma mulher lésbica, é atende-la como uma mulher “normal”, como observamos nos discursos a seguir:

“Eu não vejo diferença para realizar o atendimento de uma mulher hétero e uma mulher lésbica, eu atendo as duas da mesma forma, faço os mesmos procedimentos, peço os mesmos exames, faço a rotina normal.” (E1)

“Quando eu estou atendendo uma mulher em uma consulta e ela me fala que ela é lésbica, eu já sigo atendendo normal.” (E2)

“Quando eu atendo mulheres lésbicas para o atendimento sexual e reprodutivo eu não sou muito específica, eu falo com elas no geral, o que eu falaria pra qualquer outra mulher.” (E3)

“Eu ajo normal, anoto essa informação [que a mulher é lésbica] no prontuário e continuo com uma consulta ginecológica normal, como faço em qualquer outro atendimento.” (E4)

“Eu atendo a mulher lésbica como atendo qualquer outra mulher, não faço distinção.” (E5)

“Eu acho importante para uma consulta sexual e reprodutiva para esse público é fazer o mesmo que eu faria na consulta de uma gestante normal. Quero dizer “normal” ... Eu quis dizer o que seria feito para uma gestante heterossexual.” (E8)

Percebe-se nestes discursos que o sentido de ser uma mulher “normal” é o equivalente a ser uma mulher heterossexual, sendo que apenas uma entrevistada explicitou claramente que o “ser normal” é ser heterossexual, mas entende-se que nas outras falas a palavra “normal” apresenta o mesmo significado.

Esse padrão de discurso foi denominado como “*discurso da não diferença*”, por Paulino et al. (2019). Sua definição consiste em apresentar estratégias onde as falas possuem a intenção de aparentar uma mensagem sem preconceito, que expressem uma suposta igualdade e que “*denuncia o aspecto moral presente nas construções discursivas*” (PAULINO et. al, 2019, pág. 6). Porém, ao analisar mais profundamente, percebe-se que estes discursos de igualdade acabam socialmente negando, silenciando e ocultando o outro (PAULINO et. al., 2019).

A heteronormatividade intrinsicamente presente no âmbito da saúde acaba resultando no cuidado de lésbicas igual aos cuidados heterossexuais. Este fato gera uma naturalização, ainda maior, da heterossexualidade; tornando-a como verdade absoluta e a lesbianidade é vista como algo fora do normal, não sendo reconhecidas as suas demandas e singularidades (SILVA et. al., 2022).

Assumir que realizar o atendimento de uma mulher lésbica da mesma maneira que atenderia uma mulher heterossexual é remeter esta mulher a alguém sem identidade e sem rosto, é não enxergar em todas as suas nuances e complexidades, é negar funcionamentos básicos que constituem o que é valioso para esta pessoa. Uma mulher que já é invisibilizada e excluída socialmente, espera-se que no serviço de saúde, local que deveria ser acolhedor e seguro, essa mulher pudesse ser respeitada e ter as suas particularidades atendidas.

Essa invisibilidade e não acolhimento negam o direito da mulher lésbica de ser saudável e nega seu funcionamento básico de *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva*, pois ela não se sentirá livre para expressar sua sexualidade visto que será julgada e destrutada por isso. A negação deste funcionamento impossibilita o estabelecimento de uma relação de confiança entre usuária – profissional, gerando um atendimento em que a mulher não se sinta acolhida e pertencente deste direito e o profissional não desempenha seu papel de prestar o melhor para aquela usuária de acordo com as necessidades dela.

E ao analisar a fala da entrevistada, ainda é possível perceber que, além de enxergar a mulher como um ser sem rosto:

“Uma vez, uma mulher chegou pra mim e ela usava uma roupa de homem, você sabia que ela não era heterossexual, mas não entrei em detalhes, pois eu sigo a consulta normal, como uma mulher normal”. (E5)

Percebe-se que a entrevistada já estereotipa essa mulher pela sua vestimenta mais masculinizada, tornando esta mulher ainda mais passível de discriminação e um atendimento ineficaz, negando a sua identidade.

A classificação de mulheres lésbicas em femininas e masculinas é enraizada nas experiências anteriores e de memórias coletivas pré-existentes desses profissionais. A não desestruturação dessas ideias arcaicas acaba interferindo diretamente em uma conduta marcada pela ideologia de gênero e não compreensão da homossexualidade, podendo tornar a conduta profissional enviesada e de menor competência (ARAÚJO, 2015).

O conhecimento da orientação sexual de uma mulher, ou até mesmo esse estereótipo de que toda mulher com vestimentas menos femininas é lésbica, gera discriminação e preconceito não só do profissional entrevistado, mas também por outros funcionários da equipe de saúde, conforme citado:

“A [profissional] do meu posto tem aquelas opiniões estranhas onde ela fala que o menino vira gay, sabe? Ela tem esses depoimentos preconceituosos.” (E3)

“Quando a mulher chega na unidade eu vejo algumas pessoas tratando-a com falta de respeito, com cara torta, muita virada de olho... é difícil.” (E8)

“A equipe tenta tratar todo mundo igual, é isso que eu converso com eles, pra não ter diferenciação entre uma e outra”. (E11)

Todas essas atitudes acabam gerando um efeito carreada onde: a mulher sofre discriminação e preconceito pela equipe > tentando não cometer esses atos a equipe trata a mulher sem singularidade e identidade > a mulher lésbica precisa ficar se reafirmando durante seu atendimento para tentar ser ouvida e ter suas demandas e necessidades atendidas> desqualificação do cuidado.

Este fato se corrobora quando os profissionais relatam que não perguntam sobre a orientação sexual da mulher, acreditando que isto não tem importância para o desenvolvimento do atendimento. Sendo assim, as mulheres acabam se afirmando mesmo que não sejam questionadas.

“Eu não tenho costume de abordar sobre orientação sexual nas consultas, os casos que eu já atendi foram elas [mulheres] que falaram abertamente. Eu pergunto “você tem vida sexual ativa? Você toma algum anticoncepcional? Você quer engravidar?” E aí, geralmente, elas [mulheres] respondem “eu não tomo nada para não engravidar porque eu relaciono com uma mulher”. (E1)

“Quando uma mulher chega para atendimento comigo, a maioria expõe a sua sexualidade logo de cara. Quando elas [mulheres] tem relação só homossexual, elas [mulheres] assumem!” (E2)

“Normalmente são elas que expõe a orientação sexual, nunca aconteceu de eu ter que perguntar. Eu pergunto se ela tá se prevenindo pra engravidar, aí teve uma que me disse que não estava tomando anticoncepcional e eu falei para ela ter cuidado para não engravidar, aí que ela me respondeu dizendo “ih, eu não gosto disso não” ... foi aí que eu entendi que ela era lésbica.” (M3)

Muitas mulheres já autodeclararam sua orientação sexual durante a consulta, não porque se sentem confortáveis, mas por acreditarem que desta forma o profissional conduzirá seu atendimento de maneira distinta e respeitosa.

Conforme relatados pelos participantes, a maioria das mulheres optam por informar a sua orientação sexual acreditando que isso as protegerão contra uma possível consulta desrespeitosa. Porém, o profissional ignorando a sua demanda acaba resultando em uma consulta pautada em violência por ações heteronormativas e as mulheres deixam de se sentirem acolhidas (SILVA et. al, 2022).

Mesmo alegando não realizarem perguntas diretas sobre a orientação sexual das mulheres, realizavam perguntas subentendidas durante o atendimento, a exemplo de quando é questionado se aquela mulher faz uso de anticoncepcional ou o que ela utiliza para prevenir a gravidez. Não perguntam diretamente a orientação sexual pois já pressupõem a heterossexualidade desta mulher como é o caso das falas dos entrevistados E1 e M3. E para se

reafirmarem, mais uma vez com as verbalizações, elas expõem claramente que querem ser cuidadas de acordo com suas necessidades.

Outro cenário observado foi nos relatos em que dizem não questionarem sobre a orientação sexual durante as consultas devido a sexualidade daquela mulher já ser exposta anteriormente por uma terceira pessoa:

“Quando eu atendo uma mulher, ela já fala a orientação sexual dela. Ou então, nem precisam falar, porque como a gente trabalha atendendo a comunidade, faz visita domiciliar, anda pelo território... sempre vem alguém e conta que a fulana tá namorando outra mulher.” (M1)

“Quando eu realizo um atendimento são elas [mulheres] que se colocam, falam a sua sexualidade... ou é a agente comunitária que vem me contar”. (E5)

Ter a sua sexualidade exposta por outro e ser julgada por isso faz com que essa mulher sofra discriminações e preconceitos sem mesmo estar presente para decidir sobre expressar ou não questões pessoais no serviço de saúde. Pelas falas, observa-se que terceiros revelam a orientação sexual daquela mulher não como um meio de criar uma proposta terapêutica adequada, mas sim em sentido de expor a relação pessoal da usuária, utilizando um tom de “fofoca”, sem qualquer propósito benevolente. Quando a lésbica chegar para atendimento, os profissionais já terão uma preconcepção e um prejulgamento de como ela é e como ela vive, excluindo o direito dela mesma se mostrar como mulher e sobre a sua sexualidade.

Este fato, nega o cumprimento do funcionamento básico de *Viver de maneira plena a sexualidade*, onde neste caso não é apresentado a esta mulher a possibilidade de querer ou não expor a sua sexualidade e se desejar falar, ela não possui uma terapêutica adequada para a sua sexualidade.

A mulher lésbica busca que suas necessidades e demandas, no tocante a saúde sexual e reprodutiva sejam atendidas de forma que a assistência seja com maior qualidade e singularidade.

4.2 A singularidade lésbica na perspectiva dos profissionais e seus funcionamentos básicos

Esta categoria é composta por seis unidades de significação, sendo elas o acolhimento da mulher lésbica, cuidados voltados a ISTs, orientações sobre relações sexuais, conhecimento profissional acerca dos métodos de obtenção da gestação, a amamentação entre o casal lésbico e a inclusão da acompanhante na saúde sexual e reprodutiva. Através dessas unidades de significação, foram encontradas 243 unidades de registro, representando 37,1% das unidades de registro desta pesquisa.

Este capítulo aborda as singularidades da mulher lésbica reconhecidas ou não pelos profissionais de saúde durante a assistência sexual e reprodutiva, onde os funcionamentos básicos acabam sendo contemplados ou violados. Através dele, discutiu-se o que os profissionais consideram essencial para um bom atendimento sexual e reprodutivo das mulheres lésbicas e como eles o fazem. Foi observado que a maioria dos funcionamentos básicos identificados no capítulo anterior não são atendidos e que os próprios profissionais não reconhecem esses funcionamentos sendo básicos e condicionantes neles mesmos.

As estratégias de saúde da família são unidades desenvolvidas a fim de propor uma assistência regular e de forma integral para todas as distinções de pessoas, objetivando conseguir alcançar o mais próximo de ser saudável (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018). Para isso, é necessário que os profissionais que ali atuam construam uma abordagem particular para cada usuário e de acordo com o seu perfil como ser único.

Quando questionado, aos profissionais, sobre o que eles compreendiam como necessário para um atendimento sexual e reprodutivo de qualidade para as mulheres lésbicas, a grande maioria respondeu a palavra “acolhimento”, como podemos observar:

Eu acho mais importante acolher essas mulheres, tentar acolher da melhor forma de acordo com o desejo delas (E1).

Aqui a gente trabalha com acolhimento! E o acolher é pra todo mundo, é pra criança, é pro idoso, é pro homem, é pra mulher no geral, independente de religiosidade, doença, opção sexual (E4).

Primeiro, eu considero necessário, mostrar que meu atendimento tem uma porta de entrada onde ela tenha chance de chegar até o serviço, realizar o acolhimento, ter agenda disponível para que ela possa ter o acesso... Quando a mulher fala que ela é lésbica, eu não tenho discriminação, primeiro que ela é um ser humano e a opção

dela, gênero e identidade sexual é dela, eu acho que isso é uma coisa que todo mundo teria que respeitar (M1).

Eu acho que a gente deve acolher essa mulher e ver o que que ela espera da consulta. Quando uma mulher fala que é lésbica eu penso que é uma pessoa como todas as outras que tem uma opção sexual diferente da maioria das mulheres, mas que ela precisa, de repente, de um acolhimento diferente porque ela vai ter questões diferentes. Eu acho que como demanda singular seria mais o acolhimento mesmo (E10).

Acredito ser necessário uma escuta qualificada, eu estar aberta a escutar e acolher as demandas dessa paciente (E12).

A gente tem que pensar num acolhimento porque já são pessoas que sofrem muito preconceito social (M4).

O acolhimento parece ser uma palavra enraizada nos profissionais de saúde, pois está presente nas políticas públicas de saúde e na graduação é abordada o tempo todo através dos docentes. Aprende-se que uma boa assistência é pautada no acolhimento do cidadão e que através desta forma é possível alcançar o ser saudável.

De acordo com o dicionário, acolhimento significa *“Ato ou efeito de acolher; Modo como se acolhe ou recebe alguém ou algo; Local seguro que oferece proteção”* (DPLP, 2021). Ou seja, prestar o acolhimento seria uma forma de você ofertar um ambiente seguro para que aquela pessoa se sinta pertencida àquele local e possa expressar sua identidade sem qualquer julgamento.

Retomando o conceito de acolhimento da PNH, para enriquecer e complementar esta discussão, o mesmo é descrito como o estabelecimento de relação entre usuário – equipe de forma coletiva conforme as demandas e necessidades desta pessoa (BRASIL, 2013a). Já na visão da política pública, o ato de acolher se torna algo mais profundo, onde não basta a pessoa se sentir segura naquele local, mas que ela consiga também ser contemplada por todas as suas nuances e características sem discriminação.

Os profissionais são formados para entenderem que cada ser é um ser único e que cada pessoa precisa de um tratamento singular, sendo as demandas e necessidades *“Ir à procura de...; exigir.”* e *“Que é preciso; de que não se pode abdicar”* respectivamente (DPLP, 2021). Ou seja, se o primeiro passo de enxergar a pessoa como única for realizado, então identificar as suas demandas e necessidades torna-se mais eficaz.

Mesmo a maioria destes profissionais citando o acolhimento, aparentou que eles utilizavam a palavra de forma superficial e não atuando conforme o seu significado. Questionando sobre o que seria “ter acolhimento”, os mesmos só repetiam

“seria acolher a pessoa” (E1, E4, E5, E6, E7, M2, M3, E10, E11, E12).

Não houve qualquer desenvolvimento do assunto ou podendo exemplificar ações que eles julgavam como acolhedoras durante o atendimento da mulher lésbica. É perceptível que a palavra “acolhimento” se tornou um discurso pronto e sem qualquer significado entre os profissionais de saúde, ainda mais tratando-se de públicos vulneráveis e marginalizados como são as mulheres lésbicas.

É até duvidoso que esse acolhimento seja realizado, pois analisando através do capítulo anterior, tratar as mulheres lésbicas como mulheres heterossexuais – que foi o relato da maioria - não seria de maneira alguma uma forma de acolhimento e sim o oposto disso.

Este acolhimento sem individualidade tratado pelos profissionais fere o funcionamento de ***Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana***, sendo este referente à garantia de uma assistência em saúde de qualidade para a mulher lésbica, sem violência e considerando suas especificidades. A mulher lésbica que é acolhida da mesma forma que uma mulher heterossexual não recebe uma assistência pautada em suas necessidades e acaba sendo invisibilizada, pelo profissional, no cuidado a sua saúde.

Além do acolhimento, as singularidades das mulheres lésbicas posteriormente comentadas pelos profissionais foram cuidados técnicos, sendo principalmente voltados a orientações sobre ISTs e preservativos, este último dentro da lógica da prevenção das ISTs).

Relacionado a consulta reprodutiva, eu acho que a gente deve orientar bem em relação as ISTs. Muitas mulheres acham que não podem “pegar” IST por praticarem relações sexuais homossexual, mas elas podem pegar IST como um casal heterossexual (E2).

As minhas orientações para a relação sexual entre duas mulheres são mais em relação a higiene, a IST. Uma vez eu fui orientar um casal de mulheres sobre sexo oral pra elas colocarem um plástico na vulva, mas elas riram da minha cara dizendo que não dava. Converso pra quando forem se relacionar sexualmente pra elas cuidarem da saúde, fazerem os testes rápidos de IST (E3).

Quando a orientação é sobre sexualidade, eu orientaria quanto aos riscos de transmissão de uma série de doenças infecciosas e que ela tem que entender que indiferente da sexualidade que ela tiver, todos os casais precisam ter cuidado para evitarem as infecções sexualmente transmissíveis (M2).

Quando uma mulher assume pra mim que ela é lésbica eu penso que foi escolha dela, desejo dela... nada demais. Eu acho que deveria ter mais orientações em relação a doenças sexualmente transmissíveis (E6).

Tem uma coisa que eu até aprendi com o dentista do posto que é em relação ao sexo oral, Que no sexo oral pode acabar contraindo HPV, herpes e tudo mais então a gente tem que estar encaminhando pro acompanhamento com o dentista pra ele dar uma olhadinha (M3).

Eu acho que elas não fogem muito do processo normal de orientação de relação sexual, porque elas mesmo sendo lésbicas ainda podemos falar sobre preservativos, cuidados de ISTs e esses tipos de coisas (M4).

Principalmente com os cuidados da IST, eu acho que o mais importante é focar na sexualidade e sobre IST e na prevenção. Falo que o sexo oral também transmite IST e oriento sobre o sexo oral (E11).

Associar sexualidade apenas com ISTs é uma instrução rasa e sem novidade, ainda mais quando o assunto é população LGBTQIAPN+, sendo característica do histórico preconceituoso impregnado na sociedade. Devido a epidemia da AIDS na década de 80, acreditava-se que era uma doença advinda de homens que praticavam sexo com homens, sendo caracterizada como “a doença gay” (GOMES, 2021). Por muito tempo, acreditou-se que as lésbicas eram livres de contraírem a doença, incluindo outras ISTs, por suporem que era necessário o contato com um pênis para que a transmissão ocorresse. Com isso, as lésbicas ficavam descobertas para o rastreio e tratamento, aumentando cada vez mais o número de lésbicas com infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS. Este cenário só foi sendo modificado quando pesquisas feitas nos Estados Unidos começaram a comprovar que mulheres lésbicas também contraíam e transmitiam ISTs e HIV/AIDS (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015); (ARAUJO, 2015).

Outro fator que também pode ser considerado para que os profissionais de saúde cite apenas a prevenção de ISTs e HIV/AIDS como demanda sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas é o julgamento moral. Acreditam que a população LGBTQIAPN+ é uma população promíscua, com comportamentos duvidosos, privados de relacionamentos estáveis e propensos a se encontrarem em situações de risco, tornando-os mais suscetíveis a se contaminarem com essas doenças (GUIMARÃES; LOURENÇO; MENDONÇA, 2021).

Este julgamento moral acaba interferindo no funcionamento de *Ter integridade física e moral*, pois pressupor que pessoas LGBTQIAPN+ estão mais suscetíveis de contraírem IST/HIV por possuírem múltiplos parceiros acaba sentenciando que essas pessoas não podem possuir um relacionamento amoroso, uma família e sempre deixam essas pessoas na margem social. Este próprio pensamento acaba julgando que ter uma relação promíscua é errado,

tirando desta pessoa qualquer posição de respeito e aceitação, como se pessoas promíscuas não pudessem se relacionar amorosamente e construir uma família.

Apesar dos profissionais possuírem o conhecimento mais atualizado de que mulheres lésbicas também podem se contaminar com ISTs e HIV, os seus conhecimentos são limitados, pois ao serem questionados sobre quais estratégias poderiam ser utilizadas para orientar essas mulheres a se prevenirem a maioria não soube desenvolver o assunto citando apenas o uso do preservativo.

Para muitas mulheres lésbicas, o uso do preservativo masculino não se adequa às suas práticas sexuais e o preservativo feminino gera desconforto e, até mesmo, anula o prazer sexual. A camisinha foi confeccionada para o modelo fálico e heteronormativo social onde o preservativo masculino tem sua função “vestindo” o pênis e o preservativo feminino tem a sua função “recebendo” o pênis, sendo nenhum destes confeccionados propriamente para o uso sexual entre duas mulheres (ARAUJO, 2015).

Esse despreparo para orientar uma mulher lésbica e a insistência em incentivar apenas o uso do preservativo, sem qualquer outra opção, pode acabar afastando a mulher deste serviço de saúde onde ela interpretará que não é compreendida naquele local e que o profissional não possui qualificação o suficiente para atendê-la da forma que ela percebe como necessário.

Outras orientações se encaixam melhor nas práticas sexuais entre lésbicas como a higienização com água e sabão dos acessórios sexuais, o uso de luvas ou protetores para as mãos durante o ato sexual, higienizar as mãos e unhas e manter as unhas aparadas e, como não há objetos que protejam 100% o sexo oral, orienta-se que as mulheres cortem o preservativo ou utilizem um plástico filme para cobrir toda a vulva da parceira ao realizar o sexo oral. Para aquelas que fazem uso de *dildos* e/ou vibradores, o mais indicado é utilizar o preservativo para a sua proteção (ARAUJO; et. al., 2019).

Apenas uma pessoa entrevistada discursou sobre outros métodos de prevenção de ISTs/HIV além do preservativo:

Porque eu acho que essa orientação de cortar o preservativo para elas realizarem um sexo oral não é tão confortável para elas, então se tivesse um instrumento ou algo específico, como aquelas luvas de látex e dedilhados para a relação sexual manual (E9).

Se nas questões relacionadas a saúde sexual os profissionais pouco sabiam sobre o assunto, na saúde reprodutiva -por ser mais incomum - sabiam menos ainda conforme será visto posteriormente.

Uma mulher lésbica que possui o desejo da maternidade precisa ser orientada sobre as formas que podem tornar essa aspiração realidade, podendo ser elas através de relação sexual, fertilização in vitro, inseminação artificial ou inseminação caseira. Cada método possui suas vantagens e desvantagens e estes devem ser estudados bem para decidir qual se encaixa melhor na sua realidade de vida.

O primeiro passo para que a maternidade aconteça, é a mulher saber das possibilidades que ela possui e o que ela precisa para realizar uma escolha consciente. A estratégia de saúde da família pode ser o local em que essa mulher busque para conseguir essas informações através de uma consulta de saúde sexual e reprodutiva com os profissionais. Para isso, é necessário que esses profissionais sejam capacitados a disponibilizarem um atendimento e orientações de qualidade.

Usualmente, as mulheres que possuem relações heterossexuais precisam se preocupar com métodos para prevenir gestações indesejadas e ao almejam a maternidade possuem uma maior facilidade de alcançar isso, sem ter custos e julgamentos por essa decisão. Já o oposto ocorre com as mulheres lésbicas, onde elas perpassam por obstáculos financeiros e preconceituosos para conquistarem a tão sonhada gravidez (SOARES, 2017).

Ao questionar os profissionais se eles saberiam quais métodos existem para a obtenção da gravidez para mulheres lésbicas a maioria se limitou apenas a inseminação artificial e fertilização in vitro, outros assumiam abertamente que desconheciam totalmente sobre o assunto e poucos citavam os outros tipos de métodos.

Se uma mulher lésbica vem até a mim e relata que quer engravidar, a primeira coisa que eu pergunto é se ela já se pesquisou uma clínica de reprodução. Eu acho que seria meu único pensamento para ela conseguir engravidar (E1).

Eu sei que pode ser por inseminação artificial, pode ser por algum parceiro em relação sexual porque as vezes, como elas não tem muito acesso financeiro a inseminação artificial, elas acabam buscando um homem e tem relação sexual com ele só com a finalidade de engravidar. Uma vez, eu tive uma paciente que fez isso... Ela teve uma relação com um homem e depois continuou a gravidez e criou o filho com a parceira dela (E2).

Se uma mulher lésbica me informa que ela quer engravidar, pelo SUS, eu não sei como eu orientaria os métodos que ela tem para engravidar. Eu sei que existe a fertilização in vitro, a inseminação artificial..., mas não sei como funciona isso no

SUS. Esses métodos que eu cito são os mais conhecidos, mas sei que existem outros métodos mais artesanais, como a inseminação caseira. Aí eu sei que envolvem várias questões, que elas têm que procurar um doador, tem que saber se esse doador aceita participar, se esse doador vai ser uma pessoa conhecida delas ou não, se elas vão querer que ele participe da criação da criança ou não. então quando a gente atende mulheres que pensam nessa possibilidade a gente tem que ver como elas estão planejando isso (E3).

Eu sei que para uma mulher lésbica engravidar tem a FIV (fertilização in vitro), né? Que aí tem um doador, elas podem usar o óvulo próprio ou doadora de óvulo, aí o casal decide. Na consulta a gente pode falar um pouquinho sobre esse método e encaminha pra ginecologia, pra especialidade (E4).

Como eu tenho amigas [...] que são lésbicas, eu sei que existe a inseminação artificial (E5).

Eu não sei os métodos que uma mulher lésbica utiliza pra engravidar, eu acredito que seja algo assistido, né? Uma fertilização, ou alguma coisa assim, não sei se tem algo diferente, não imagino outra coisa. Eu acho que específico para a mulher lésbica, no SUS, eu desconheço como que as mulheres fazem o tratamento de fertilização (E6).

Eu sei que pra mulher lésbica engravidar tem inseminação artificial, tem relação sexual entre homem e mulher... (E8)

Eu desconheço quais são os métodos específicos que as mulheres lésbicas possuem para engravidar. Eu conheço que existe a inseminação, mas não conheço a fundo os tipos (E9).

Eu sei que ela pode fazer a fertilização in vitro, agora elas têm feito também muito aquela fertilização caseira, né? Pra ser sincera eu nem sei como isso funciona, mas a gente vê vários relatos de pessoas que conhecem alguém que fez (E13).

Os métodos para engravidar que eu penso no momento é inseminação, infelizmente o meu conhecimento se limita aí, apenas na inseminação. Eu explicaria pra ela sobre a inseminação, mas confesso que teria que falar com ela que eu iria agendar uma nova consulta pois eu iria fazer uma pesquisa para tentar conhecer os métodos e as formas para ela engravidar, eu seria franco com ela e assumiria que eu não sei mesmo, mas que eu pesquisaria (M1).

Para engravidar eu consigo pensar só em inseminação artificial, mas penso também que não é um processo barato e deve ser provavelmente uma elite que usa e deixando a maior parte da população exclusiva disso (M4).

Para esse público, é importante o conhecimento sobre os métodos de obtenção da gestação e quais os caminhos para que consiga chegar até eles. Cada um apresenta sua especificidade, facilidades e dificuldades e até mesmo restrições para as mulheres lésbicas, onde cada mulher possui uma condição de saúde e social que acabam influenciando na escolha deste método.

Um dos requisitos é a condição financeira, pois afeta diretamente o método que a mulher opta para engravidar, sendo a inseminação artificial caseira e a relação sexual com

homens as de menor custo financeiro. Por serem opções de menor gasto, a maioria das mulheres lésbicas que recorrem a elas são mulheres moradoras de periferias, com uma renda financeira de até dois salários mínimos e menor acesso a tecnologias mais avançadas (CHAVES, 2019).

O valor mínimo estimado para a realização de uma inseminação artificial assistida, no ano de 2018, era de R\$ 2.500,00 enquanto o valor mínimo para realizar a fertilização in vitro estava em torno de R\$ 7.000,00. Todos esses gastos são apenas para uma única tentativa, quando há os casos em que os procedimentos não resultam no sucesso, logo na primeira vez, as mulheres precisam novamente ter todo esse gasto para cada tentativa a mais que elas fizerem (ARINS, 2018).

A resolução nº 2121/2015 não garante os procedimentos de inseminação artificial e fertilização in vitro de forma totalmente gratuito pelo SUS devido ao custo que essa mulher tem para pagar a amostra de sêmen que será utilizada durante o procedimento.

A política que parece ser inclusiva só fica no papel, pois considerando que a maioria do público lésbico que depende do SUS é composto por mulheres periféricas e de baixa renda é conclusivo que elas não conseguem usufruir dessa política. Com isto, o funcionamento *Ter estabilidade financeira para sustentar-se* é excludente, causando desigualdade de acesso ao serviço e torna-se condicionante para que esta mulher consiga usufruir do funcionamento de *Viver de maneira plena a maternidade*. Aquelas que não possuem condições para custear os métodos de reprodução assistida acabam não conseguindo alcançar o desejo de se tornarem mães.

Outra consequência pela falsa inclusão é que a mulher lésbica que não possui condições financeiras acaba tendo que se sujeitar a ter contato direto, e até mesmo relação sexual, com uma pessoa de outro sexo ao qual ela não sente afinidade. Isso pode gerar traumas referentes a violência que essa mulher acaba se expondo.

De acordo com o IBGE, no ano de 2020, os trabalhadores formais Petropolitanos possuíam um salário médio mensal no valor de 2 salários mínimos, equivalendo ao valor de R\$ 2.078,00. Porém, apenas 25,9% da população possuía uma ocupação formal e fixa, sendo 74,1% composta por trabalhadores informais que não possuem nenhum direito garantidor trabalhista e pessoas desempregadas. Essa análise nos permite afirmar que a inseminação artificial e a fertilização in vitro, apesar de serem os métodos mais conhecidos pelos

entrevistados, estão fora da realidade da maioria dos moradores da cidade imperial devido ao custo elevado. Estes dados só demonstram que os profissionais que compõem o corpo da rede pública municipal não possuem uma qualificação e assistência adaptada ao perfil da população que eles atendem.

Estes fatores interferem nos funcionamentos de *Viver de maneira plena a maternidade* e *Ter direito à cidadania*, onde os profissionais não apresentam a essas mulheres as possibilidades existentes para que elas consigam concretizar a gravidez e as políticas públicas e fatores sociais e econômicos acabam por essa mulher ficar restrita aos métodos de obtenção da gestação, tendo que escolher aquele que ela se encaixa e não aquele que ela desejaria.

Outra prática pouco conhecida e pouco abordada durante a entrevista foi sobre a amamentação entre um casal de mulheres lésbicas. Apenas as entrevistadas E1 e E6 levantaram o assunto:

“O importante é o acolhimento para saber se ela vai querer amamentar... Porque a gente fala assim “aí, a amamentação tem que ser exclusiva”, mas ela já é uma mulher com uma opção, é masculina, tem um pensamento diferenciado... se ela falar que não quer amamentar a gente tem que dar outros tipos de orientações, vai ser um outro caminho!” (E1)

“Por exemplo, a amamentação pode ser complicada pra elas que tem uma figura mais masculina, então a gente tem que ver de acordo com a necessidade delas pra gente orientar dentro daquilo ali que ela queira fazer.” (E6)

A falta de orientação quanto a amamentação pode ser gerada por uma estrutura social misógina, onde a mulher puérpera é enxergada como uma nutriz e todo o seu ser mulher é esquecido ao se tornar mãe. Então, a ausência do assunto na entrevista da maioria dos profissionais pode ser entendida como uma ideia social de que se a mulher escolheu se tornar mãe então ela escolheu amamentar e não abordam o assunto durante as consultas como se a amamentação fosse algo intrínseco nelas.

Outra condição para esta falta de orientação pode ser também o preconceito sobre acreditar que a mulher lésbica abdica de todos os papéis femininos designados pela sociedade patriarcal, onde tudo que envolve o ser mãe não corresponde a elas ao se assumirem lésbicas, incluindo a amamentação (CORREA, 2012). Ilustra-se bem essa ideia quando os únicos discursos referidos sobre a amamentação da mulher lésbica é sobre presumir que aquela mulher não possuirá o desejo de amamentar por ela ter uma aparência menos feminilizada.

As mulheres lésbicas que não correspondem aos estereótipos tradicionais de feminilidade, muitas vezes referidas como "bofes" ou "caminhoneiras", encontram-se culturalmente afastadas dos papéis tradicionais das mães femininas que são presentes em todas as raças e classes sociais no Brasil. Essa distância cultural pode levar essas mulheres, independentemente de serem mães ou não e independentemente de sua situação financeira, a não se sentirem tocadas pelas políticas públicas e, conseqüentemente, a serem privadas de seus direitos. Mesmo aquelas que têm consciência de seus direitos podem sentir resistência em buscar serviços públicos, pois temem ter que lidar com situações vexatórias ao interagir com profissionais (SOARES; 2017).

Este pré-julgamento, seja de que a mulher é nutriz ou seja de que ela não desejará amamentar por ser menos feminilizada, afeta o funcionamento de *Ter integridade física e moral*, onde esta mulher não é respeitada de forma completa como ser humano, incluindo sua orientação sexual, sendo julgada pelos profissionais.

Outra possível abordagem que nem foi cogitada pelos entrevistados foi sobre a oportunidade da dupla amamentação. Em um casal homoafetivo composto por duas mulheres, existe a possibilidade da mãe não gestante poder estimular a amamentação através de procedimentos e medicamentos. Porém, se os profissionais de saúde não esperam que mulheres lésbicas que passaram por gestação amamentem, é ainda menos provável que uma mãe não gestante receba essa orientação.

Cabe ainda ressaltar o fato de que toda e qualquer mulher, mesmo as mulheres cis e ainda, qualquer pessoa, como os homens trans, ainda que não sejam o público alvo deste estudo, possuem o direito em decidir pela não amamentação. Devendo ser extinguida essa crença equivocada e generalizada, que os profissionais de saúde possuem tornando a amamentação quase uma obrigação da pessoa que gesta.

Além do cuidado com a mãe gestante, faz-se importante a integração e o cuidado da mãe não gestante em todo processo reprodutivo. O envolvimento da parceira torna-se cada vez mais importante, trazendo resultados positivos tanto à mulher quanto ao recém-nascido. A acompanhante terá o papel de encorajar e apoiar a mãe gestante, dar suporte emocional, transmitir confiança, vivenciando o momento juntamente com ela (ANJOS; GOUVEIA, 2019). Dessa forma, a mãe não gestante terá a oportunidade de estabelecer laços e vínculos

mais fortes com sua família, pois poderá acompanhar todo o processo reprodutivo e contribuir de forma mais positiva nos cuidados com a sua parceira e o futuro bebê.

Ao questionar os entrevistados sobre as similaridades e diferenças na abordagem ao acompanhante em uma relação heterossexual e homossexual, a maioria alegou não ver diferença visto que qualquer acompanhante é igual, indiferente da composição familiar.

“Para incluir a acompanhante da mulher lésbica eu faço o acolhimento e trato as duas como eu trataria um casal “normal”. Eu falo tudo o que eu falaria para um pai e oriento as mesmas coisas que um pai teria que fazer.” (E1)

“Eu nunca atendi um caso assim, mas eu atenderia “normal”, faria com ela as mesmas coisas que faço quando o acompanhante é homem.” (E4)

“Eu nunca tive uma situação dessas, então eu acho que eu atenderia igual qualquer acompanhante. Ofereceria os testes rápidos pra ela fazer também e é isso!” (E5)

“Eu não vejo diferença na abordagem de um acompanhante em um casal hetero e em um casal homossexual, porque ambos estão ali para exercerem o seu papel de parceria sexual. Então eu não abordo de uma forma diferente não.” (E9)

“Eu geralmente não oriento muita coisa, ainda mais que quando elas vêm a parceira delas ficam quietas.” (E10)

“Qual a diferença de ser um parceiro ou uma parceira? Pra mim, acompanhante é tudo igual!” (E12)

“Eu trato todo mundo igual: pai, mãe, irmã, prima... é tudo igual!” (E13)

“As mulheres que vem com companheira, a companheira fica quieta, não fala muito... Então eu trato igual a qualquer acompanhante.” (M1)

“Eu acho que as orientações para o acompanhante não são específicas para a acompanhante lésbica não, seria para qualquer acompanhante!” (M2)

Observamos que os profissionais não apenas não percebem a importância da singularidade da parceira, como não integram o acompanhante de forma ativa nas consultas e gestações de suas parceiras. O funcionamento *Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha* acaba não sendo respeitado, pois quando a mulher escolhe que a sua parceira a acompanhará todo o processo e o profissional não a vincula, essa mulher não é respeitada e acaba se tornando invisível.

Isto acaba ferindo as recomendações do Ministério da Saúde que afirma que é fundamental o acolhimento do acompanhante que a mulher escolher, excluindo qualquer obstáculo referente à sua participação na assistência pré-natal, sendo essencial que o profissional estimule e propicie a escuta ativa da gestante e seus acompanhantes, sem fazer qualquer julgamento ou juízo de valores. É importante que o profissional sempre se atente

para todos os aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais não focando apenas no cuidado biológico (BRASIL, 2012).

Nesse sentido, a exclusão da parceira por se tratar de um casal homossexual representa um ciclo de violência homofóbica e institucional no campo da saúde, que deve ser compreendido e remodelado para uma assistência digna e respeitosa (ARAUJO, 2015).

Alguns profissionais entendem que apenas o fato da parceira poder entrar no consultório já é considerado como a inclusão desta mulher, o que não é verdade já que a inclusão da parceira não se trata apenas de estar presente na consulta e sim incluí-la na participação de toda evolução gestacional, dando espaço para que ela exponha suas dúvidas, medos e satisfações.

Outro fator que não pôde deixar de ser reconhecido é que, para além da falta de inclusão na atuação profissional, há também a falta de inclusão nas estratégias de saúde e políticas públicas. Alguns entrevistados citam que:

“tratariam a acompanhante igual as recomendações pelo pré-natal do parceiro”

“Se eu atendesse o pré-natal de mulheres lésbicas eu faria o pré-natal da parceira também, igual tem o programa de pré-natal do parceiro, sabe?” (E3)

“Eu faria igual ao pré-natal do parceiro, sabe? Faria os testes rápidos nela, quanto a orientação não tem muito o que falar, já que o cuidado geralmente fica com a mãe mesmo” (E11).

“Eu acho que eu posso tratar a companheira dela igual, existe o pré-natal do parceiro, então a gente pode fazer o pré-natal da parceira.” (M3)

Desta forma, interpretam que estariam acolhendo a mulher acompanhante.

O pré-natal do parceiro faz parte de uma ferramenta produzida pelo Ministério da Saúde, cujo título é “Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde”. Esta ferramenta foi criada com o intuito de incluir e ampliar o acesso e acolhimento dos homens ao serviço de saúde, por se tratar de um público que pouco procura estas unidades (BRASIL, 2016).

Porém, a construção deste programa acaba se tornando, segregada, desarticulada, heteronormativa e excluindo qualquer parceria que a gestante vá ter além de um homem cis heterossexual. As mulheres lésbicas também fazem parte de um público com pouca busca e vínculo às unidades de saúde e no momento da gestação de sua parceira estão no papel da

mãe não gestante e acompanhante. Criar um programa com o pressuposto de que o casal que espera um filho é composto por uma mulher e um homem e que as estratégias voltadas para esse acompanhante seja visando apenas o público masculino acaba, mais uma vez, excluindo a mulher lésbica e qualquer outra constituição familiar que não a tradicional.

Ademais, a ausência de reconhecimento do vínculo da parceira que não gestante acarreta várias implicações que são profundas não somente para ela, mas também para a criança, a outra parceira e a família como um todo. Em situações como a enfermidade da criança ou a separação do casal, a posição dessa mulher se torna extremamente vulnerável. A combinação de uma identidade marginalizada - lésbica - com uma tradicional - mãe - e a falta de reconhecimento contribuem para a fragilidade da legitimidade social desta mulher como mãe (CORREA, 2012).

Apenas alguns profissionais relataram tentar criar um vínculo com essa acompanhante e incluí-la de forma mais ativa na gestação da sua parceira, promovendo o funcionamento *Viver a sexualidade e maternidade com parceira de sua livre escolha:*

Em questão ao pré-natal eu abordaria como que está a relação do casal com essa gravidez... Então, a gente tem que dar um suporte a esse casal, tem que olhar para elas como uma família. se ela quisesse incluir a parceira dela, tudo bem, se ela não quisesse é um direito dela também. (E2)

“Eu ia tentar incluir essa parceira de acordo com a demanda delas, falo pra parceira também vir pras orientações e fazerem os testes.” (E6)

“A orientação pra companheira seria pra ela acompanhar a gravidez, estar junto da esposa dela, viver essa gravidez que, apesar de não ser ela quem está gestando, também é dela.” (E7)

“Eu nunca atendi um caso assim, mas eu acredito que ter uma acompanhante mulher pode ser mais participativa. Acredito que a maioria desses casos a gravidez vai ser uma coisa que foi desejada e decidido pelas duas, então vai ter uma participação maior da sua parceira. E o legal é incluir essa outra mãe também, né? Ver o que ela precisa.” (E8)

“Assim como no pré-natal das mulheres hétero eu consigo pensar que a gente deva acolher essa parceira também, certo? A parceira pode não estar gerando a criança, mas ela tem um papel importante ali pra cumprir, ela também será mãe. Então a gente tem que fazer um trabalho em conjunto pra essas duas.” (M4).

Estes profissionais entendem a importância que essa parceira tem para nova etapa que a família irá passar e que a acompanhante também estará passando pelo processo da maternidade e que ela deve ser enxergada e estimulada a participar de por todos os processos.

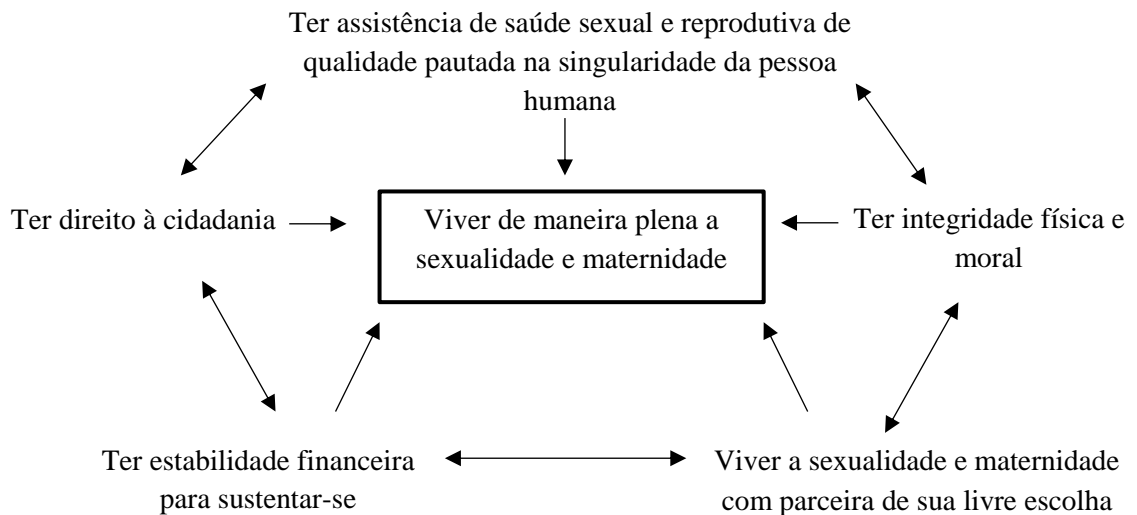
Mesmo esses poucos entrevistados demonstrando interesse em inserir a parceira da mulher de alguma forma na assistência sexual e reprodutiva, percebe-se que eles não souberam citar práticas concretas que poderiam criar um vínculo, incluir essa acompanhante e torná-la mais participativa na gestação de sua parceira. Mas, de alguma forma, apenas os participantes E8 e M4 reconhecem a acompanhante como outra mãe. Os outros participantes parecem tratar como se fosse um ser humano, para atender demandas, independente do gênero ou orientação sexual.

A presença de um acompanhante durante a assistência pré-natal pode influenciar na satisfação da mulher gestante com a sua assistência e no apoio que a acompanhante poderá significar para a mulher (HOLANDA et. al., 2018). Vale ressaltar que é papel do profissional que assiste essa mulher a incentivar e orientar as gestantes a respeito da importância da presença de uma acompanhante durante todo o processo gravídico-puerperal. A relevância da presença de uma acompanhante de escolha da mulher durante a assistência pré-natal dá-se devido ao empoderamento não só da mulher, mas da acompanhante também, capacitando-a para ofertar apoio à mulher e ao recém-nascido (HOLANDA et. al., 2018). Desta forma, a acompanhante que tornar-se participativa desde as consultas pré-natal possui maior probabilidade de divisão de tarefas, suporte e apoio com a puérpera e maior vínculo com o recém-nascido (GONZALES; SILVA; SOUZA, 2012).

Ao final deste capítulo percebe-se que os funcionamentos básicos acabam não sendo executados em sua totalidade. Um Funcionamento é considerado básico devido ao fato de ser essencial na concepção de realização de cada indivíduo ou vivência (COSTA, 2015).

O ponto chave deste capítulo seria o funcionamento *Viver de maneira plena a sexualidade e a maternidade*, porém, para que ele seja atendido seria necessário que os outros funcionamentos listados no demonstrativo abaixo fossem condicionantes. Desta forma, o Funcionamento consiste em ser básico, sendo importante em sua individualidade ou cooperando para a execução de outros funcionamentos (COSTA, 2015).

Figura 3 - Demonstrativo dos Funcionamentos Básicos e seus condicionantes para contemplar as singularidades da saúde sexual e reprodutiva da mulher lésbica



Fonte: A autora, 2023

Não há como uma mulher lésbica conseguir vivenciar de maneira plena a sua saúde sexual e reprodutiva se ela não possui meios para tornar isto concreto, como por exemplo ser respeitada nos serviços, ser incluída nas políticas públicas, ter um emprego que permita seu sustento e poder viver a sua sexualidade e maternidade com quem ela desejar sem que seja julgada por isso.

Para que a justiça seja alcançada, essas mulheres precisam ser vistas e ouvidas a fim de identificar esses funcionamentos. Também é importante entender, que os funcionamentos básicos podem surgir e mudar conforme o contexto desta mulher e que isso sempre deve ser reavaliado (PINTO, 2022).

De acordo com Dias (2019), os funcionamentos, em meio às diversas atividades que realizamos e priorizamos ao longo da vida, é resultado da forma como construímos nossa própria história sobre quem somos. Essa história é influenciada por diversos fatores, como economia, raça, sociedade, cultura, afetividade e sexualidade, que criam demandas e definem as especificidades.

4.3 A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas

Esta categoria é composta por cinco unidades de significação, sendo elas o preconceito profissional contra as mulheres lésbicas, a evasão da mulher lésbica das unidades de saúde, o silenciamento da mulher lésbica, falta de capacitação profissional para o atendimento sexual e reprodutivo da mulher lésbica e a sugestão dos profissionais para melhorar o atendimento. Através dessas unidades de significação, foram encontradas 248 unidades de registro, representando 37,7% das unidades de registro desta pesquisa.

Este capítulo foi dividido em três tópicos que se complementam. O primeiro tópico aborda sobre o preconceito social que a mulher lésbica sofre, inclusive dentro das unidades de saúde e como esse preconceito acaba resultando na evasão dessa usuária à assistência de saúde e seu silenciamento, sendo os tópicos seguintes. Por fim, foi discutido sobre a presença ou falta de capacitação desses profissionais para o atendimento das mulheres lésbicas e quais medidas poderiam ser realizadas para melhorar este cenário.

Durante toda a discussão foi entrelaçado a PdF, observando quais funcionamentos eram favorecidos ou negadas à essas mulheres.

Apesar dos avanços significativos nas pautas LGBTQIAPN+, é importante ressaltar que o preconceito, a violência e a discriminação contra esse público ainda são recorrentes na sociedade (RIBEIRO, 2022).

A violência contra a comunidade LGBTQIAPN+ no Brasil é algo que acontece há muito tempo e está diretamente ligada aos padrões de comportamento e moral que moldaram a sociedade. Não se trata apenas de um fenômeno interpessoal, restrito a um ato violento entre um indivíduo agressor e uma vítima e sim a um coletivo. Na verdade, a violência é um fenômeno simbólico, repleto de linguagens e inferências que refletem as estruturas de poder e opressão sexual e de gênero presentes nas relações sociais. Essa violência é resultado de paradigmas opressores de gênero, repressões sexuais, padrões comportamentais impostos e, acima de tudo, de uma herança histórica, cultural e social que sustenta o patriarcado (PEIXOTO, 2018).

Essa violência e preconceito também se encontram instalados nas unidades de saúde, mesmo que todos os profissionais tenham em seu código de ética a proibição de prestarem

assistência com preconceitos e discriminação que violem outra pessoa. Como vemos nas falas a seguir, os entrevistados percebem em suas equipes esta barreira na qualidade do atendimento profissional visto que os mesmos acabam colocando seus valores sociais, religiosos e pessoais na frente do seu papel sem julgamento como profissional:

Para atender a esse público eu tenho mais dificuldade com a equipe. A profissional do meu posto tem aquelas “opiniões estranhas” onde ela fala “ah, o menino vira gay”, sabe? Ela tem esses depoimentos preconceituosos. Ela tem aqueles pensamentos que homossexual tem que “procurar Deus e ir pra igreja”. (E3)

O que eu acho que vai ser mais difícil é trabalhar o entendimento dos profissionais de saúde porque muita gente ainda é muito fechada para essas questões. É lógico que quando você é profissional de saúde você que se despir de preconceitos e tudo mais, mas é muito difícil... principalmente para os profissionais mais antigos que já tem uma trajetória, já tem uma cultura enraizada. Muitas vezes eu vejo discursos do tipo “ah, mas não é possível essas coisas”. (E6)

Eu acho que os profissionais precisam aprender a respeitar a escolha dessas pessoas. Porque as pessoas ficam julgando tanto, né? Isso dificulta muito no vínculo entre profissional e paciente, as pessoas precisam quebrar seus preconceitos.” (M3)

“Igual, eu detesto quando to conversando com algum profissional e aí eles falam “ai que bobeira, é um monte de letra que deixa a gente confusa”. Isso me dá um ranço tão grande, porque isso é uma falta de respeito. Aí tem aqueles pra frentões que vem dizer que são “simpatizantes”. Tu simpatiza com o que, cara? Tu tem é que respeitar. A gente ainda encontra muita falta de respeito, muita cara torta, muita virada de olho...” (E8)

“Eu acho esse tema muito importante, principalmente para a minha equipe, porque um dos entraves que eu acho que eu tenho é que eu tenho uma equipe com uma religiosidade bem forte... veladamente ainda tem a questão do preconceito. A religiosidade na equipe, onde 100% é religiosa. Sendo 80% evangélica e 20% católica e a maioria são praticantes, então pra elas essas questões se tornam entraves.” (E9)

“Eu gosto muito dos meus colegas de trabalho, mas durante os atendimentos eu sei que existe uma certa resistência em relação ao público LGBT.” (M4)

Também é possível perceber que em todos os discursos sobre o preconceito da equipe, os profissionais citaram preconceito e discriminação por parte de terceiras pessoas, seus colegas de trabalho, nunca se incluindo. Este fato pode se dar devido a eles realmente não possuírem qualquer preconceito e discriminação contra a população LGBTQIAPN+; pode ser medo do julgamento de assumirem seus verdadeiros pensamentos, crenças e condutas; ou por não conseguirem identificar que algumas ações que eles cometem durante os atendimentos possam ser classificadas como preconceito e discriminação.

Este fato influencia para que o funcionamento básico *Ter integridade física e moral* não seja contemplado, visto que um ambiente que era para promover a segurança desta mulher acaba sendo o causador de violências, sugere-se que esta mulher não estaria segura em

nenhum lugar. Ou seja, um profissional que é responsável por reproduzir o preconceito e a discriminação contra a mulher lésbica não consegue prestar um atendimento abrangendo as suas singularidades e necessidades, infringindo os direitos que essa mulher possui de uma assistência qualificada.

Uma equipe pode ser composta por profissionais preconceituosos que acabam distanciando, invisibilizando e revitimizando as usuárias lésbicas. Esses trabalhadores não consideram a dificuldade para que essa mulher busque o serviço de saúde e que a sua conduta pode ser mais um fator de resistência para essas mulheres não buscarem o cuidado, enfraquecendo o SUS e a sua qualidade na vida dessa população (NEGREIROS et al., 2019).

Ao realizar as entrevistas, a pesquisadora percebeu que alguns profissionais aceitaram serem entrevistados, mas se apresentaram desconfortáveis com o tema e respondiam as perguntas de forma simples e rápida a fim de não desenvolverem muito o assunto ou até mesmo fizeram comentários antes de iniciar a entrevista como “mas por que falar de mulher lésbica?” e “Você falou antes que era sobre mulher lésbica? Acho que não prestei atenção nessa parte”. Estas atitudes corroboram com a suspeita de que os profissionais revelam, veladamente, seus preconceitos e discriminações. Toda esta violência institucional resulta na evasão das mulheres lésbicas ao serviço de saúde.

Segundo Facchini e Barbosa (2006), a falta de visibilidade social das mulheres lésbicas está diretamente relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e à qualidade do atendimento recebido. Além disso, as autoras afirmam que a ausência de políticas públicas específicas contribui para que os profissionais de saúde se baseiem na heteronormatividade, o que pode levar à evasão das mulheres lésbicas dos serviços de saúde por medo de serem discriminadas ou devido as suas necessidades não serem atendidas.

O ambiente de saúde é um local onde as pessoas se podem se sentir vulneráveis por terem que se expor, principalmente as lésbicas. Expor-se sexualmente já é um desafio para essas mulheres e saber que elas correm o risco de não serem tratadas adequadamente ou sofrerem qualquer tipo de violência, faz com que elas negligenciem a sua própria saúde e não procurem a unidade de atendimento.

“Porque as mulheres, por serem mulheres, procuram a unidade, a gente não tem problema com isso. Mas quando na unidade as pessoas sabem que elas são lésbicas, aí fica mais difícil de virem.” (E4)

“Só que assim, o que a gente encontra no dia a dia e o que a gente observa na prática é que ela não busca o serviço de saúde com a mesma frequência que as outras mulheres buscam. Eu não sei o que se passa na cabeça delas, né?” (M1)

“É um público que não procura a unidade de saúde com muita frequência, né? Essa população não procura muito a gente.” (E10)

Os profissionais reconhecem que essa invisibilidade, falta de atendimento singular e violação de direitos resulta na evasão da mulher lésbica ao serviço de saúde. Porém, eles não realizam estratégias para melhorar a assistência e captar essas mulheres de volta para as unidades. Consequentemente, os funcionamentos *Ter assistência de saúde sexual e reprodutiva de qualidade pautada na singularidade da pessoa humana* e *Ter direito à cidadania* acabam não sendo cumpridos, tanto sendo básicos neles mesmos como condicionantes para outros funcionamentos.

A disseminação do preconceito pode causar danos à saúde, uma vez que tanto esconder práticas e desejos por outras mulheres quanto assumir a sua sexualidade publicamente geram desgastes emocionais e um confronto social, resultando em estresse e isolamento da usuária. A supressão de desejos e práticas priva essas mulheres de apoio social, familiar, de amigos, saúde e qualquer círculo afetivo que essa mulher faça parte (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Devido ao receio de que a unidade de saúde será mais um local em que essa mulher está passível de preconceito e discriminação, muitas das vezes elas se silenciam durante o atendimento e acabam ocultando a informação sobre sua orientação sexual. Esta falta de confiança no profissional de saúde, a abordagem heteronormativa e, consequentemente, o silenciamento da mulher lésbica continuam reproduzindo assistências rasas e sem singularidades onde as verdadeiras demandas e necessidades destas mulheres não são atingidas.

“Às vezes você sabe por outras pessoas que ela é lésbica, mas elas quase nunca falam que são homossexuais. Eu nunca tive uma mulher lésbica que me perguntou nada sobre sexualidade.” (E2)

“Aqui é uma comunidade que tem muitos habitantes, mas é muito fechadinho, todo mundo se conhece, todo mundo tá de olho... então elas têm muita dificuldade de se assumirem e até mesmo de chegar ao posto.” (E10)

“Quando as mulheres lésbicas vêm elas geralmente não falam nada, não falam como se relacionam, não falam que tipo de sexo que elas fazem, no geral elas não perguntam nada.” (E13)

“Quando elas procuram o serviço, elas não têm queixa. Não falam muita coisa...” (M1)

O receio do preconceito e seus impactos na vida diária e nas relações sociais podem levar as pessoas a se calarem sobre suas práticas e/ou desejos relacionados a sexualidade. Essa falta de visibilidade pode prejudicar os serviços de saúde, onde profissionais que não têm informações sobre essa população agem baseados em estruturas heteronormativas. As mulheres, por sua vez, podem evitar ou resistir a relatar questões relacionadas à sexualidade aos profissionais de saúde devido ao medo de preconceito e falta de preparo desses profissionais (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Este silenciamento que a mulher lésbica é obrigada a adotar para que não sofra ainda mais, conseqüentemente acaba infringindo o funcionamento básico *Ter autonomia na decisão sexual e reprodutiva*. As mulheres lésbicas possuem demandas de saúde e sociais, mas acabam não apresentando-as durante suas consultas por saberem da possibilidade de sofrerem violências ou por não serem compreendidas pelos profissionais. O silenciamento proposital acaba fazendo com que essas mulheres não se sintam no direito de exporem seus anseios e dúvidas referentes a sua saúde sexual e reprodutiva, privando-as de sua autonomia de mostrarem quem elas são e do que elas precisam.

Um dos fatores que podem influenciar nesta conduta assistencial heteronormativa é o despreparo profissional em lidar com este público. Apesar de existir a PNSIPLGBT (2011), a inclusão da mulher lésbica em trechos da PNAISM (2004) e outras publicações que abordem o tema, como o Dossiê da Mulher Lésbica (2006), este assunto não é comumente discutido dentro das academias e entre os profissionais de saúde.

Ao questionar os entrevistados se eles já haviam estudado sobre o tema ou sido capacitados para atuarem com saúde lésbica, a resposta da maioria deles foi negativa.

“É uma situação que eu nunca atendi, não sei se meu pensamento tá certo, eu acho que não estou preparada para isso!” (E1)

“Eu nunca recebi um treinamento para atender a esse público, nem pela faculdade e nem pelo trabalho.” (E3)

“Eu nunca tive treinamento específico para atendimento de mulher lésbica, eu já passei por treinamento de atendimento sexual e reprodutivo, mas foi um treinamento geral, não falou de mulher lésbica.” (E4)

“Eu nunca tive uma situação dessas, nunca tive treinamento para atendimento desse público.” (E5)

“Nunca atendi ninguém assim para ginecologia e pré-natal, acredito que a gente tenha que ter esse olhar porque ela vai atender demandas diferenciadas. Eu nunca recebi um treinamento para o atendimento desse público.” (E6)

“A dificuldade para atendimento é minha falta de conhecimento, eu não sei o que fazer de diferente com essas mulheres.” (E7)

“Eu vendo essas perguntas que você me fez que eu tô parando mais pra pensar no meu atendimento essas mulheres, então a gente tem essa dificuldade também acredito por ainda ser algo incomum. Nunca me ensinaram a atender a esse público.” (E8)

“É uma coisa que a gente tem bastante dificuldade ainda, né? Pra gente ainda é uma coisa que não é usual a gente atender, eu tenho dificuldade para atendimento a esse público porque eu não tenho treinamento.” (E10)

“Só que como eu nunca fui capacitado e como também nunca estudei pelo assunto, eu não sei. Eu to pensando sobre esse atendimento agora que você tá me fazendo essas perguntas. E como não é comum, a gente não pesquisa.” (M1)

“E a minha dificuldade é por falta de experiência nessa área, então eu não tenho muito conhecimento sobre esse assunto. Eu nunca recebi nenhum treinamento ou capacitação para o atendimento específico dessas mulheres.” (M2)

“Eu nunca tive nenhum treinamento e capacitação para o atendimento dessas mulheres, eu tenho anos de formado e várias especialidades e em nenhuma delas foi abordado o tema!” (M3)

“Eu acho que minha dificuldade para o atendimento é a questão do conhecimento, eu nunca tive treinamento e confesso que também não busquei estudar sobre.” (M4)

Quando um profissional de saúde presta assistência à uma mulher lésbica é necessário que ele enfrente todos os seus preconceitos e despreparos relacionados a homossexualidade, esse despreparo pode influenciar nas atitudes de como se portar e orientar essa mulher frente às suas demandas e singularidades. É importante que haja a reflexão sobre os efeitos de estereotipar à mulher e assim, afetar a assistência associada à orientação sexual e diminuir seus preconceitos e atitudes discriminatórias, pois apenas desta forma poderá ser extinto o preconceito e tornar o respeito às diferenças e o cuidado integral à saúde uma realidade (ARAÚJO, 2015).

Geralmente, as graduações em saúde possuem um modelo de ensino muito tecnocrata e biomédico, onde o foco da aprendizagem está em doenças e tratamentos, esquecendo que o ser humano é muito mais complexo do que isso. Os tópicos não patológicos, como a sexualidade, acabam sendo não abordados ou abordados superficialmente como se não fosse um assunto que não interferisse em todo o processo de ser saudável da pessoa humana. Com isto, formam-se profissionais com condutas heteronormativas e que pouco dão relevância para buscarem conhecimento sobre o assunto.

O despreparo profissional resulta no descumprimento de todos, ou pelo menos da maioria, dos funcionamentos apresentados até o momento neste trabalho, visto que eles não

conseguem reconhecer a necessidade destas mulheres durante o atendimento e assim não conseguem apoiá-las para que nenhum funcionamento básico seja exercido.

Mesmo com a deficiência no ensino e falta de capacitação profissional entre a maioria dos participantes, cinco entrevistadas relataram a auto capacitação e a abordagem do assunto durante o curso de mestrado em uma universidade pública. As mesmas acreditam que isso foi facilitador para que elas consigam melhorar a qualidade de sua assistência às mulheres lésbicas.

“Eu estudei por conta própria, sei que existem leis, que existem políticas públicas, mas nunca recebi um treinamento para isso. Então eu peguei esse material e li... e acho que isso me ajudou muito quando eu tive o caso de uma mulher lésbica na minha unidade.” (E2)

“Eu procurei ler sobre o assunto e durante o mestrado eu tive algumas aulas sobre educação continuada, aprendi sobre o que é gênero e o que é orientação sexual... não foi muita coisa, mas já me ajudou a pelo menos ter noção do básico durante o atendimento.” (E9)

“Como apareceu uma mulher lésbica pra eu atender, até procurei algum protocolo na internet que pudesse me ajudar, mas não achei muita coisa.” (E11)

“Eu já procurei sobre o assunto, sabe? Conversei com alguns colegas, procurei material do ministério da saúde... Mas acho que mesmo assim não me sinto preparada para atender essas mulheres!” (E12)

“Eu li alguns materiais falando sobre, uns artigos, mas não era uma coisa muito palpável pra realidade da minha comunidade. Então eu acho que eu sei o básico, mas sei que ainda falta coisa pro meu atendimento melhorar.” (E13)

A Atenção Básica atua de forma abrangente e descentralizada, resultando em um contato mais direto com seus usuários e suas vivências. Porém, as mulheres lésbicas não vêm sendo amparadas por este modelo de cuidado, sendo excluídas do sistema. Essas mulheres precisam ser reconhecidas, respeitadas e incluídas a fim de que suas necessidades de saúde sejam atendidas, contribuindo na promoção do funcionamento de Ser Saudável. Para isto, devem ser criadas estratégias que conectem os serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção e que haja a qualificação dos profissionais que trabalham nestes locais resultando em uma rede mais preparada e inclusiva (COSTA, 2015).

Buscando estimular o pensamento sobre o tema aos profissionais entrevistados, a pesquisadora questiona se eles acham que poderia existir alguma ação para que os auxiliassem a qualificar melhor o seu atendimento para as mulheres lésbicas. Algumas sugestões apareceram como: realização de treinamento, criação de fluxos e protocolos municipais e campanhas e ações de conscientização na cidade voltadas para toda população.

“Eu sugiro que haja um treinamento para os profissionais aqui da cidade. Eu também acho que precise ser montado um fluxo para o atendimento dessas mulheres, pra qual local encaminhar, o que fazer com elas quando querem engravidar... Ver a possibilidade de uma inseminação artificial pelo SUS, ver a implementação das políticas pra tornar esse atendimento mais palpável e mais acolhedor.” (E2)

“A minha sugestão para melhorar é que a prefeitura faça uma capacitação dos profissionais, faça também uma sensibilização social. Também seria ideal ter um fluxo e um protocolo na cidade para atendimento e encaminhamento dessas pessoas. Podiam também ter ações no território, igual existem para outubro rosa, que é pra câncer de mama, e novembro azul, que é pra câncer de próstata...” (E3)

“Minha sugestão para melhorar o atendimento, é que eu acho que estamos no momento que o público LGBT tá ganhando muita visibilidade, muita força... Então cada vez mais teremos esse público, vai se tornar cada vez mais comum. É uma demanda que tá surgindo, então a gente precisa de uma capacitação para atender a esse público. É uma demanda que tá surgindo igual antigamente surgiram outras, então a gente tem que se capacitar! Porque não vão ser só mais uma ou duas pacientes lésbicas, vão ser dez, vinte...” (M1)

“Eu acho que a gente tem que trazer mais discussões, não só capacitação técnica, mas sim discussões sobre sexualidade e gênero. A equipe tem que discutir, as faculdades tem que discutir, a sociedade tem que discutir... só assim essas pessoas ganharão mais respeito.” (E6)

“Eu acho importante estar realizando capacitações, acho importante a criação de fluxos, acho importante a criação de instrumentos. Eu não acho que o caminho seja criar um serviço de saúde de população LGBTQIA+ e dividir essas pessoas ainda mais, acho que tem que incentivar e capacitar para que elas sejam atendidas da melhor forma no território delas.” (E9)

“É legal a pessoa pegar do zero e aprender sobre gênero, orientação sexual e tudo mais. A minha sugestão é que depois que você terminar a sua pesquisa, você pegue esses dados e faça um treinamento. Como pessoa que trabalha na saúde primária eu sinto que a gente não tem muito apoio... quando chega um paciente que a gente não tem muito conhecimento e precisa de uma ajuda é difícil conseguir um encaminhamento, uma ajuda pra gente prestar o melhor atendimento pra essa usuária. Então eu acho que o treinamento nos daria mais capacidade de sermos resolutivos.” (M4)

“Além de treinar a gente poderia ter alguma ação nas comunidades, né? Porque essas mulheres sofrem preconceito em vários lugares, deve ser difícil pra elas.” (E11)

“Na faculdade o pessoal tinha que falar mais disso! Então eu acho que deveria começar lá na graduação já capacitando esses profissionais e continuar com essa capacitação no local de trabalho também.” (E13)

É preciso estar capacitado para atender às necessidades específicas e auxiliar nos desafios que a população LGBTQIAPN+ enfrenta. A falta de treinamento pode reproduzir o preconceito e a discriminação, resultando em uma assistência ineficaz. Portanto, é necessário investir na capacitação profissional e em diretrizes práticas, como fluxos e protocolos, para garantir um cuidado de saúde baseado em evidências científicas e humanização para esse grupo, incluindo as mulheres lésbicas (HAFEEZ et. al, 2017).

É importante desenvolver políticas e ações que reconheçam e validem as singularidades lésbicas e os movimentos sociais produzidos por e para as lésbicas. Esta definição embarca o funcionamento de *Ter Visibilidade*, citado por Soares (2017). Este funcionamento se encaixa bem quando os profissionais reconhecem a necessidade de maior propagação de conteúdo voltados para que mulheres lésbicas consigam ser ouvidas e vistas e assim os profissionais e a sociedade estejam mais preparados para atenderem as lésbicas.

Muitas mulheres lésbicas e bissexuais sofrem com a invisibilidade imposta pelos preconceitos, discriminações e violências relacionados às suas sexualidades. Elas frequentemente carecem de informações sobre saúde física e mental, especialmente as mais jovens. A falta de ações efetivas e eficazes nas áreas da saúde, educação, cultura, segurança, legislação e justiça perpetua essa situação de invisibilidade e desigualdade. É essencial superar, aprimorar e, acima de tudo, cumprir essas medidas para melhorar a saúde das mulheres lésbicas e fornecer atenção adequada à sua saúde (FERNANDES; SOLER; LEITE, 2018).

As unidades de saúde podem minimizar o impacto negativo causado por serviços e profissionais não capacitados para lidar com pessoas LGBTQIAPN+ por meio do conhecimento sobre gênero e sexualidade. Para construir uma sociedade inclusiva, não violenta e respeitosa para essa população é fundamental que leis sejam criadas, políticas públicas implementadas e as figuras que ocupam cargos de serviços essenciais sejam treinadas. Só assim, esses objetivos podem ser alcançados, incentivando que todas as pessoas se comprometam a respeitar e amparar as diversidades humanas, sendo um dever e papel de todos (ROSA et. al, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho de dissertação, apoiado no princípio da justiça, buscou-se realizar uma análise bioética do atendimento sexual e reprodutivo de mulheres lésbicas com base na *Perspectiva dos Funcionamentos*. Através desta escolha, foi possível analisar quais funcionamentos básicos as mulheres demandam em suas questões sexuais e reprodutivas e se os profissionais que as assistem estão atendendo a estes funcionamentos ou não.

Foi possível compreender que para uma mulher lésbica realizar o sonho e atender ao desejo da maternidade há a dependência de inúmeros funcionamentos que, talvez, não sejam fatores considerados para o exercício da maternidade em mulheres heteronormativas. Dentre esses fatores pode-se citar questões econômicas, necessidade de uma terceira pessoa para tornar a maternidade possível, fatores relacionados às lacunas das políticas públicas em atender suas demandas, estar suscetível a sofrer preconceito e discriminação por parte dos profissionais que as assistem, despreparo profissional e fatores sociais e histórico-culturais.

Na PdF, há diversos funcionamentos que são essenciais ou condicionantes para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres lésbicas, sendo estabelecidos por um conjunto de elementos. Esses funcionamentos podem ser considerados básicos neles mesmos ou condicionantes entre si.

Devido ao preconceito e o ato discriminatório demonstrado pelos profissionais de saúde, o acolhimento é prejudicado possuindo a quebra, ou até mesmo a inexistência, de vínculo entre profissional de saúde e mulher lésbica prejudicando na qualidade das práticas de cuidado à saúde destinadas a essas mulheres.

Por ser capacitado para um atendimento heteronormativo, o profissional de saúde não se preocupa com questões que são importantes quando se trata do atendimento de lésbicas. Um exemplo disso é visto quando o profissional não pergunta a orientação sexual das mulheres em atendimentos sexuais e reprodutivos por presumirem que a mulher é heterossexual e não inclui na sua assistência a possibilidade desta mulher possuir outra orientação sexual que não a heterossexual.

Através deste trabalho foi possível perceber que há muitas brechas no estudo e conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva lésbica, sobre as necessidades, demandas e singularidades destas mulheres. Devido a este fato, há a necessidade de maior apoio na

produção de pesquisas sobre essa temática para contribuir em uma formação mais qualificada de profissionais de saúde para que desta forma haja maior eficácia na prática das políticas públicas de saúde e na mudança de preconceitos destes profissionais a respeito da homossexualidade e gênero.

Com esta temática, há uma possibilidade infinita do desenvolvimento de novos estudos. Pode ser avaliado ainda a influência das representações sociais na saúde destas mulheres e na promoção de seus funcionamentos, uma revisão aprofundada das políticas públicas e como elas ferem ou favorecem os funcionamentos básicos das mulheres lésbicas e realizar uma análise curricular das instituições de ensino superior de saúde, verificando se os conteúdos ensinados favorecem ou não os funcionamentos básicos das mulheres lésbicas, entre outros.

Apesar de ser um público de fácil acesso, houve dificuldade em encontrar profissionais que aceitassem fazer parte desta pesquisa. Acredita-se que devido a temática do trabalho, muitos não quiseram participar por insegurança profissional ou até mesmo por preconceito. Petrópolis, também conhecida como cidade imperial, é local onde a família real fez morada e até os dias de hoje o colonialismo é bem enraizado. Com isso, é fortemente presente a cultura tradicional da heteronormatividade, predominância de religiões do cristianismo e grandes diferenças sociais e econômicas entre raça e gênero.

Mesmo atingindo os objetivos, o pequeno número de participantes se apresenta como limitação do estudo, havendo a necessidade de, posteriormente, realizar um estudo com um número maior de participantes para que seja possível um aprofundamento maior no assunto. Para isso, também há a necessidade do incentivo às pesquisas voltadas ao público lésbico, pois há uma grande deficiência neste campo de pesquisa, principalmente nas pequenas cidades.

Observou-se que para os funcionamentos básicos serem realizados, depende do relacionamento entre profissional de saúde e mulher lésbica, da abertura que este profissional dá para a mulher se sentir segura e confortável para expor a sua sexualidade e dúvidas e do interesse do profissional em buscar sua atualização, capacitação e qualificação nas singularidades da assistência à mulher lésbica. E nesta pesquisa, os entrevistados, em sua maioria, descumprem com os funcionamentos básicos para uma boa assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. Apenas o funcionamento *Viver a sexualidade e*

maternidade com parceira de livre escolha foi promovido, por ainda assim por poucos participantes, pois os mesmos apresentavam a limitação da capacitação de quais práticas poderiam abordar para promover o protagonismo da acompanhante.

Apesar de todos esses desafios apresentados, as mulheres lésbicas não têm deixado de lutar pelos seus direitos e buscam cada vez mais ocuparem o seu espaço, que é de direito, na sociedade. O mínimo a ser feito é dar condições de qualidade para a assistência na saúde dessas mulheres como é feito com qualquer outra pessoa independente de sua orientação sexual. Elas são mulheres fortes, corajosas e que fazem a diferença no meio desta sociedade preconceituosa e discriminatória em que vivemos.

Apontando estes funcionamentos para que haja uma verdadeira justiça para a saúde sexual e reprodutiva destas mulheres, é importante entender que estes funcionamentos não são fixos e eternos, podendo estar em constante mudanças de acordo com suas realidades de vidas e experiências. As pessoas são constantes em um universo em movimento onde a cada momento há novas vivências e percepções do que é essencial para a vida.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade – Feminismos Plurais**. São Paulo: Pólen Livros, 152p., 2019.

ANJOS, A. M.; GOUVEIA, H. G. Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: análise da prática. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, 8 p., 2019. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/38686/29745>>. Acessado em: 10 abr. 2023.

ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Rev. Ágora**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, pp. 49-63, 2006. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/agora/a/hHHJzvcydzGZF8h7Ck373QS/?lang=pt>>. Acessado em: 30 set. 2021.

ARAÚJO, L. M. **Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas**. 2015. 286p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2015.

_____, L. M. et. al. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, pp. 01-07, 2019. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/34262> >. Acessado em: 22 out. 2022.

ARINS, A. C. B. **Doação de material reprodutivo na reprodução assistida e possíveis reflexos na filiação**. 2018. 62 p. Trabalho de Conclusão de Curso em Direito – Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina. 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188013>>. Acessado em: 23 set. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, ed. 4, editora Edições 70, 2011.

BARROS, C. S. **O trabalho das enfermeiras em prestadores privados de serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) 2018, 71 p. – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem, Rio de Janeiro, 2018.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Eletrônica Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, Minas Gerais, v. 05, n. 11, p. 121-136, mai./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.gestoesociedade.org/gestoesoc%20iedade/article/view/1220>>. Acessado em: 16 mai. 2021.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

BRASIL, IBGE; Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**. 2019. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html>>. Acessado em: 20 abr. 2023.

BRASIL, IBGE. **Panorama Petrópolis – trabalho e rendimento 2020**. 2020. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/petropolis/panorama>>. Acessado em: 17 Abr. 2023.

BRASIL, IBGE. **Prévia da população calculada com base nos resultados do Censo Demográfico 2022 até 25 de dezembro de 2022**. 2022. Disponível em: < https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2022/Previa_da_Populacao/POP2022_Municipios.pdf>. Acessado em: 13 abr. 2023.

_____, 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**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 82p. 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acessado em: 14 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 426/GM, de 22 de março de 2005**. Institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 22 mar. 2005. Seção I, p. 22. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_426_ac.htm>. Acessado em: 23 ago. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Painel de indicadores do Sistema Único de Saúde nº 1**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_do_sus_1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

_____, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, ed. 4, reimp. 4, 72p., 2010. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acessado em: 08 jul. 2021.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html>. Acessado em: 19 jul. 2021.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Dispõe sobre assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acessado em: 07 dez. 2020.

_____, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional da Humanização**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, ed. 1, reimp. 1, p. 216, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acessado em: 04 jul. 2021.

_____, Ministério da Saúde / Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, ed. 1, reimpr. 1, 300 p., 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf>. Acessado em: 24 jul. 2021.

_____, Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Mulheres lésbicas e bissexuais: direitos, saúde e participação social**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 32 p., 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mulheres_lesbicas_bissexuais_direitos_saude.pdf>. Acessado em: 28 ago. 2021.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília, 2. ed., editora do Ministério da Saúde, 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_uterio_mama.pdf>. Acessado em: 29 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Ed. Ministério da Saúde, 1ª edição, pp. 232, Brasília, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acessado em: 13 out. 2022.

_____, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, p.56, 2018. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/22/PNP.pdf>>. Acessado em: 10 ago. 2021.

CASSIANO, A. C. M.; CARLUCCI, E. M. S.; GOMES, C. F.; BENNEMANN, R. M. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, pp. 227-244, 2014. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>>. Acessado em: 27 set. 2021.

CHAVES, J. P. V. **A percepção da mulher lésbica sobre o acolhimento no pré-natal**. 2019, 84P. Trabalho de Conclusão de Residência em Enfermagem Obstétrica – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.121/2015**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida, tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.013/13. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, p. 117, 24 set. 2015. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2121>>. Acessado em: 19 ago. 2021.

_____. **Resolução nº 2.168/2017**. Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida tornando-se o dispositivo deontológico a ser seguido pelos médicos brasileiros e revogando a Resolução CFM nº 2.121/15, publicada no Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, p. 117 de 24 de setembro de 2015. Disponível em: <

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>>. Acessado em: 21 out. 2022.

_____. **Resolução CFM nº 2.217, de 27 de Setembro de 2018.** Aprovar o Código de Ética Médica, conforme o anexo desta Resolução. Brasília, Ed.: Conselho Federal de Medicina, p. 108, 2019. Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2022.pdf>>. Acessado em: 10 nov. 2022.

CORRÊA, M. E. C. **Duas mães? Mulheres lésbicas e maternidade.** 2012. 218p. Tese (Doutorado em Saúde Materno Infantil) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-29042012-124625/>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

COSTA, C. M. A. **Análise bioética do processo transexualizador no Brasil à luz da perspectiva dos funcionamentos.** 2015, 185p. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2015.

DALMOLIN, B.B.; BACKES, D. S.; ZAMBERLAN, C.; et. al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, pp. 389-394, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqBDGnLv3L/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: 05 set. 2021.

DIAS, M. C. M. A perspectiva dos funcionamentos: um olhar ecofeminista decolonial. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, Vol. 9, N. 4, 2018, p. 2503-2521. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rdp/a/ypwHX3fnksKKdQ9wMfnczMb/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 14 jul. 2021.

_____. **Perspectiva dos Funcionamentos: fundamentos teóricos e aplicações.** Rio de Janeiro: Pirlampo, 2019.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. "acolhimento", 2008-2021. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/acolhimento>>. Acessado em: 22 mar. 2023.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. "demandado", 2008-2021. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/demandado>>. Acessado em: 22 mar. 2023.

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. "necessário", 2008-2021. Disponível em: <<https://dicionario.priberam.org/necess%C3%A1rio>>. Acessado em: 22 mar. 2023.

DYNIWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes.** São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, ed. 3, 2014.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL**, São Paulo. v.10, n.18/19, 2003. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20788_arquivo.pdf>. Acessado em: 20 jan. 2023.

FACCHINI, R. BARBOSA, R.M. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 43 p., 2006.

Disponível em: <

http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf>. Acessado em: 24 jul. 2018. BARBOSA, R.M. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 43 p., 2006. Acessado em: 20 dez. 2020.

FERNANDES, M.; SOLER, L. D.; LEITE, M. C. B. P. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. **Diversidade Sexual e de Gênero**, Bahia, v. 19, n. 2, pp. 37-47, 2018. Disponível em: <

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1016485>>. Acessado em: 28 mar. 2023.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Transmissão de HIV entre lésbicas é reportada pela primeira vez nos EUA**. São Paulo, 15 abr. 2014. Equilíbrio e saúde. Disponível em:

<<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/03/1425977-transmissao-de-hiv-entre-lesbicas-e-reportada-pela-primeira-vez-nos-eua.shtml>>. Acesso em: 21 mar. 2023.

GOMES, R. Participação dos movimentos sociais na saúde de gays e lésbicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, pp. 2291-2300. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.21972019>>. Acessado em: 9 jan. 2023.

GONZALEZ, A. D.; FERNANDES, E.S.; SILVA, E.F.; RABELO, M.; SOUZA, S. R. R. K. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. **Rev. Cogitare Enferm.** Paraná, v. 17, n. 02, pp.310-314, 2012. Disponível em: <

<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/27889>>. Acessado em: 10 nov. 2022.

GUIMARÃES, R. C. P.; LORENZO, C. F. G.; MENDONÇA, A. V. M. Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica. **Tempus, actas de saúde colet.**, Brasília, v. 14, n. 2, pp. 137-153, 2021. Disponível em: < <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2721>>. Acessado em: 09 Jan. 2023.

GRANT, J. **Public Policy Issues Affecting Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender**

Elders: national Gay and Lesbian Task Force Policy Institute. Outing Age, National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, v. único, p. 1-162, 2010. Disponível em: <

http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/outingage_final.pdf>.

Acessado em: 23 ago. 2021.

HAFEEZ, H.; et. al. Health Care Disparities Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth: A Literature Review. **Rev. Cureus**, Estados Unidos, v. 9, n. 4, 2017. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5478215/>>. Acessado em: 10 abr. 2023.

HEILBORN, M. L. **Articulando Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde**. In:

GOLDDENBERG P., MARSIGLIA R. M. G, GOMESM. H. A. (Org.). O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2003.p.197-208. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d5t55>>. Acesso em 10 dez. 2020.

HERNÁNDEZ, L. O.; TORRES, M. I. G. (2005). Efectos de la violencia y la discriminacion en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México.

Cadernos de Saúde Pública – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, pp. 913-925, 2005. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/TP8rwrBHbKrF7zrNJxtLwcr/?lang=es>>. Acessado em: 29 set. 2021.

HOLANDA, S. M. et al. Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto. **Texto Contexto Enferm**, Santa Catarina, v. 27, n. 2, 10p., 2018. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/tce/a/bw8qwZ8cJNR8WNqPx8QBF6c/?format=pdf&lang=pt>>. Acessado em: 27 jan. 2023.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos.** 2 ed. Brasília: EDA/FBN, p. 42, 2012.

JESUS, J. G. O conceito de heterocentrismo: um conjunto de crenças enviesadas e sua permanência. **Psico-USF [online]**. 2013, v. 18, n. 3 [Acessado 14 Dezembro 2022], pp. 363-372. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712013000300003>>. Acessado em: 14 Dez. 2022.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde.** Santa Maria: Pallotti, 2001. p.187-209.

Lopes, M. J., Meyer, D. E., & Waldow, V. R. **Gênero e saúde.** Porto Alegre, Editora: Artes Médicas, 1ª ed., 1996.

LUCIO, F. P. S.; ARAÚJO, E. C. A maternidade de mães lésbicas na perspectiva da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 19, n. 08, pp. 1-10, 2017. Disponível em: < <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/40304>>. Acessado em: 22 set. 2018.

MARQUES, M.C.D.; MATTOS, A. R. Políticas Públicas de Saúde da Mulher e o Dispositivo de Heterossexualidade: silenciamento e apagamento da diversidade sexual das mulheres. **REBEH**, Mato Grosso, v.3, n.11, 2020. Disponível em: < <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/11134>>. Acessado em: 25 nov. 2022.

MELO, A. P. L. **“Mulher” e “Outras Mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família.** 2010. 150p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp148126.pdf>>. Acessado em: 10 ago. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 04, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018>. Acessado em: 11 mai. 2021.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, V. S. J. **Qualidade da Informação na atenção ao pré-natal pelas equipes de Saúde da Família em uma área programática do município do Rio de Janeiro**. 2015. 96p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13332/1/121.pdf>>. Acessado em: 27 set. 2021.

MOREIRA, G. E. Por trás do monograma do movimento lgbtqiapn+: vidas, representatividade e esclarecimentos. **Revista Temporis(ação)**. Goiás, v. 22, n. 2, 20p., 2022. Disponível em: <
<https://www.revista.ueg.br/index.php/temporisacao/article/view/13262/9403>>. Acessado em: 20/04/2022.

NAÇÕES UNIDAS. **Informe da Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento: Cairo, 5 a 13 de setembro de 1994**. NovaYork: Nações Unidas, 1995. Disponível em: <
http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/572_filename_finalreport_icpd_spa.pdf > Acesso em: 12 out. 2021.

NEGREIROS, F. R. N. et al. Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. **Rev. Brasileira de Educação Médica, Brasília**, v. 43, n. 1, pp. 23-31, 2019. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/tfbkrZY79FzFFHCnHpcffCw/abstract/?lang=pt>>. Acessado em: 16 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946**. Disponível em [http:// www.onuportugal.pt/oms.doc](http://www.onuportugal.pt/oms.doc). Acessado em: 06 set. 2021.

PAULINO, D.B.; RASERA, E.F.; Teixeira F do B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v. 23, n. 04, 2019. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/icse/a/CPqMgwMzNcfwqjrRT5PZbbp/?lang=pt#>>. Acessado em: 25 nov. 2022.

PEIXOTO, V. B. **VIOLÊNCIA CONTRA LGBTs NO BRASIL: a construção sócio-histórica do corpo abjeto com base em quatro homicídios**. 2018, 235p. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade de Brasília. Brasília, 2018.

PEREIRA, P. L. N. **Os discursos sobre a pílula anticoncepcional na revista Cláudia no período de 1960 a 1985**. 2016. 106p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25255/2/pamella_pereira_iff_mest_2016.pdf>. Acessado em: 27 set. 2021.

PINTO, M. B. A. **Uma análise sobre a política afirmativa de cotas em um curso de Enfermagem: à luz da Perspectiva dos Funcionamentos**. 2022. 125P. Dissertação (Mestrado em Bioética) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2022.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis, Editora Vozes, 18 ed. Reform., 1999.

RIBEIRO, A. B. O. Heterossexualidade compulsória e violência(s): relatos de experiência de mulheres lésbicas e de homens gays sobre preconceito. **Revista Intercâmbio**, São Paulo, v.51, pp. 228-249, 2022. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/intercambio/article/view/59400>>. Acessado em: 03 abr. 2023.

RÖNDAHL, G.; BRUHNER, E.; LINDHE, J. Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. **Journal of Advanced Nursing**, Massachusetts, v. 65, n. 09, pp. 1-12, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19737324>>. Acessado em: 24 set. 2018.

ROSA, D. F. et. al. Assistência de Enfermagem à população trans: gêneros na perspectiva da prática profissional. **Rev Bras Enferm.** v. 72, suppl. 1, pp 299-306, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/J8GsdDH6ZKb96b8DfdXQfbF/?lang=pt#>>. Acessado em: 16 abr. 2023.

RUFINO, A. C. et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. **Epidemiol. Serv. Saude**. Brasília, v. 27, n. 04, p. 01-11, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000400302>. Acessado em: 19 nov. 2019.

SANTANA, P. F.; RASERA, E. F. Heterossexismo e a (in)existência lésbica.

Revista de Psicologia da UNESP. São Paulo, v. 17, n. 1, pp. 34-49, 2018. Disponível em: <<https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/643>>. Acessado em: 28 set. 2021.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E.E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, pp. 861-870, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.03102016>>. Acessado em: 07 jan. 2023.

SENADO FEDERAL, Subsecretaria de Edições Técnicas. **Revista de Informação Legislativa**. Brasília, v. 47, n. 186, 2010. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/496918>>. Acessado em: 20 mai. 2021.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, Paraíba, v.17. n. 1, p. 1-14, 2015. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/2113>>. Acessado em: 26 jul. 2021.

SILVA, A. L. R. **Atenção básica à saúde da população LGBT: uma análise bioética a partir das representações sociais dos trabalhadores da saúde**. 2017. 149p. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SILVA, A. N.; GOMES, R. Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, pp. 5351-5360. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34542019>>. Acessado em: 07 abr. 2023.

- SILVA, N. R. et. al. A heteronormatividade e a saúde de mulheres bissexuais e lésbicas universitárias. **Rev. Fam. Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Minas Gerais, v. 10 n. 3, 14p. 2022. Disponível em: < <https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5962/6383>>. Acessado em: 02 abr. 2023.
- SOARES, S. F.; PERES, M. C. C.; DIAS, M. C. M. Saúde e sobrevivência lésbica: uma questão de saúde pública. **V Seminário Internacional Enlaçando sexualidades**. Bahia, 2017, pp. 13. Disponível em: < <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/30746>>. Acessado em: 14 jul. 2021.
- SOARES, S. F. **Um estudo sobre a condição lésbica nas periferias da cidade do Rio de Janeiro**. 2017. 310p. Tese (Doutorado em Bioética) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Regime de associação com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz e Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2017.
- SOARES, S. F.; PERES, M. C. A condição lésbica e o acesso aos direitos sociais básicos brasileiros. **METAXY: Revista Brasileira de Cultura e Políticas em Direitos Humanos**, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, pp. 22, 2018. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/metaxy/article/view/14091>>. Acessado em: 06 set. 2021.
- SOUZA, M. T. S.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 08, n. 01, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lang=pt>. Acessado em: 02 mai. 2021.
- SWAIN, T. N. Desfazendo o 'natural': a heterossexualidade compulsória e o continuum lesbiano. **Revista Bagoas**. Rio Grande do Norte, v. 4, n. 5, pp. 45-55, 2010. Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2310>>. Acessado em: 30 set. 2021.
- PEGORARO, O. **A ética dos grandes mestres através da história**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

APÊNDICE A – Quadro de categorias de unidade de significação (Continua)

Unidade de Significação	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	M1	M2	M3	M4	Nº UR	% UR	Categoria
Percepção dos profissionais sobre o que é necessário para o atendimento reprodutivo e sexual da mulher lésbica	3	3	6	12	0	3	8	3	2	4	2	2	1	9	17	3	6	84	12,8%	O atendimento da mulher lésbica na assistência sexual e reprodutiva
A abordagem da orientação sexual	3	3	2	4	1	2	1	3	2	1	4	2	3	2	3	2	2	40	6,2%	
A estereotipagem da mulher lésbica	3	2	3	4	6	1	2	1	2	1	3	3	1	2	3	2	2	41	6,2%	
O acolhimento da mulher lésbica	3	1	2	4	0	2	4	3	3	6	5	6	2	4	10	3	4	62	9,5%	A singularidade lésbica na perspectiva dos profissionais e seus funcionamentos básicos
Cuidados voltados a ISTs	2	3	3	2	0	0	3	2	3	4	3	3	1	0	2	2	1	34	5,3%	
Orientações sobre relações sexuais	2	6	2	1	0	0	9	1	3	1	1	2	1	0	6	1	3	39	5,9%	
Conhecimento profissional acerca dos métodos de obtenção da gestação	1	7	6	6	1	5	1	4	4	7	2	1	2	5	6	3	2	63	9,6%	
A amamentação entre o casal lésbico	3	0	0	2	3	0	0	0	3	2	0	2	1	3	2	0	0	21	3,2%	
A inclusão da acompanhante na saúde	4	0	0	3	3	0	0	0	1	1	1	2	1	1	3	2	2	24	3,6%	

sexual e reprodutiva																					
Preconceito profissional contra as mulheres lésbicas	1	3	6	1	2	6	1	1	2	3	5	4	4	5	8	2	4	58	8,8%	A (in)capacitação profissional e violências contra as mulheres lésbicas	
A evasão da mulher lésbica das unidades de saúde	0	0	2	4	0	2	0	2	4	2	1	1	2	5	5	0	1	31	4,7%		
O silenciamento da mulher lésbica	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	3	0	3	1	0	0	0	12	1,8%		
Falta de capacitação profissional para o atendimento sexual e reprodutivo da mulher lésbica	0	5	1	3	2	3	3	5	7	6	2	1	3	7	10	5	2	92	14%		
Sugestão dos profissionais para melhorar o atendimento	3	3	6	2	1	1	5	2	5	5	4	2	1	4	3	3	5	55	8,4		

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA, ÉTICA APLICADA E SAÚDE COLETIVA EM ASSOCIAÇÃO DAS IES UFRJ, FIOCRUZ, UERJ E UFF - PPGBIOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada **“Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da Perspectiva dos Funcionamentos”**, conduzida pela Enfermeira Mestranda do PPGBIOS Jéssica Paim do Valle Chaves. Este estudo tem por objetivo geral: Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva. E como objetivos específicos: (a) Discutir a influência das ações do profissional sobre suas práticas na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; (b) Identificar quais as especificidades na saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; (c) Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

Você foi selecionado (a) por ser profissional atuante em uma unidade de estratégia de saúde da família do município de Petrópolis. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará nenhum prejuízo.

Rubrica do(a) participante

Rubrica da pesquisadora

A sua participação poderá resultar em benefícios como: contribuir com o conhecimento científico no campo da saúde da mulher e LGBTQIAPN+, do acolhimento de lésbicas pelos profissionais de saúde durante o atendimento sexual e reprodutivo e ainda, acerca das singularidades na atenção à saúde de mulheres lésbicas, o que poderá beneficiar estudantes de enfermagem, medicina e outros profissionais que atuam nesta área.


A sua participação nesta pesquisa poderá envolver o risco mínimo de constrangimento por se tratar de uma pesquisa que aborde questões sobre sexualidade. Este risco será minimizado através do esclarecimento de que o(a) participante é livre para se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, sem lhe resultar em prejuízos e julgamentos.

Devido ao atual momento pandêmico, também será considerado risco físico caracterizado pela COVID-19, sendo este risco minimizado através da entrevista individual em ambiente isolado, com distanciamento físico entre o(a) participante e a entrevistadora e com uso de máscara cirúrgica descartável, como equipamento de proteção individual (EPI), tanto para a pesquisadora quanto para o(a) participante. O EPI será disponibilizado pela pesquisadora.

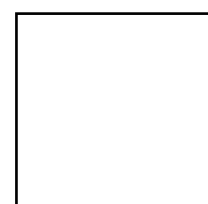
Você participará por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e não terá gastos com a participação da pesquisa, ficando claro sobre a finalidade de colaborar para o sucesso da pesquisa. Caso haja eventuais despesas de participação, elas podem ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisadora.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista com áudio gravada, para posterior transcrição. A entrevista terá duração mínima de 15 minutos e será conduzida pela pesquisadora principal e sua orientadora. Se apoiará em um roteiro de entrevista e todas as informações que você fornecer serão mantidas sob caráter anônimo, sendo analisadas somente pela pesquisadora e sua orientadora. A entrevista será realizada em horário e local de sua preferência, sendo possível realizar a entrevista na unidade de estratégia de saúde da família em que você trabalha dentro de um consultório privativo. Caso você tenha despesas para participação desta pesquisa, estes custos serão ressarcidos pela pesquisadora.

Rubrica do(a) participante



Rubrica da pesquisadora



A pesquisadora responsável se compromete a manter as entrevistas transcritas bem como os arquivos de áudio armazenados no computador pessoal da pesquisadora, protegido por senha, por um período mínimo de cinco anos, não tendo ninguém acesso a esses dados e de maneira que não possa identificar nenhum dos participantes.

As informações por você dadas serão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, Resolução 466/2012.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

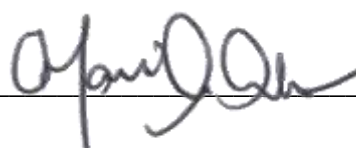
Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável / coordenadora da pesquisa. Ao assinar este documento, você não abrirá mão de nenhum direito legal, assim como poderá sair do estudo a qualquer momento sem prejuízo nenhum. Será também necessário que você e a pesquisadora rubriquem todas as páginas deste termo, assegurando que todas as páginas foram lidas, o que garante ainda mais a sua proteção.

Os comitês de ética são responsáveis pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Se você tem alguma dúvida sobre seus direitos como participante de uma pesquisa ou se quiser fazer alguma reclamação, pode procurar a pesquisadora responsável ou o(s) comitê(s) de ética em pesquisa nos contatos abaixo:

Contato da pesquisadora principal e sua orientadora:



Enf^a. Jéssica Paim do Valle Chaves
Pesquisadora Principal
Tel: (24) 99201-4998
jessica.pvc@hotmail.com



Dra. Cristiane Maria Amorim Costa
Orientadora
Tel:(21) 99951-5066
cmacosta1964@gmail.com

Rubrica do(a) participante

Rubrica da pesquisadora

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

E ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis / Faculdade Arthur Sá Earp Neto / Hospital de Ensino Alcides: Av. Barão do Rio Branco nº1003, Centro - Petrópolis/RJ - CEP: 25.680-120. Telefone: (24)2244-6497. E-mail: cep@fmpfase.edu.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Você autoriza a gravação em áudio da sua entrevista? Sim () Não ()

Petrópolis, ____ de _____ 2022.

Assinatura da participante:

Assinatura da pesquisadora:

Rubrica do(a) participante



Rubrica da pesquisadora



APÊNDICE C – Roteiro de Entrevistas**I) Questionário de Caracterização dos Participantes**

Participante (código): _____ N° de ordem da Entrevista: _____

Instituição:

1- Distrito da Unidade de Saúde onde atua: _____

2- Tempo de atuação nesta unidade de saúde: _____

Dados Pessoais:

3- Idade: _____

4- Autodeclaração em relação à raça/ cor: _____

5- Religião:

 Católica Espírita Evangélica Sem religião Outras, especificar: _____6- Em relação à religião, é praticante: Sim Não

7- Estado Civil:

 Solteiro Casado/União estável Divorciado Viúvo Outro, especificar: _____

8- Autodeclaração em relação à orientação sexual:

 Heterossexual Homossexual Bissexual Outra, especificar: _____

9 – Autodeclaração em relação ao gênero:

 Mulher Cisgênero Mulher Transgênero Homem Cisgênero Homem Transgênero Outro, especificar: _____**Formação e Atuação Profissional:**

10 – Categoria Profissional:

 Enfermeira Médico

11 – Ano de graduação: _____

12 – Ano de Especialização: _____ Qual? _____

13- Alguma formação relacionada a temática LGBT? _____ Qual? _____

II) Questão central:

1) O que você considera necessário/básico durante a assistência sexual e reprodutiva de uma mulher lésbica?

- Interjeições:

1) O que vem à sua mente quando a usuária que você vai atender se declara como uma mulher lésbica?

2) Quais demandas singulares você acha que uma mulher lésbica possui quando está realizando o atendimento sexual e reprodutivo?

3) O que você aborda sobre sexualidade durante o atendimento de uma mulher lésbica?

4) Como você aborda a questão da orientação sexual no atendimento sexual e reprodutivo?

5) Quais orientações sobre relação sexual você costuma oferecer a uma mulher lésbica?

6) Como você orienta uma mulher lésbica que quer engravidar?

7) Quais as similaridades e diferenças na abordagem ao acompanhante em uma relação heterossexual e homossexual?

8) Quais são as facilidades e dificuldades enfrentadas no atendimento sexual e reprodutivo de mulheres lésbicas percebidas por você?

9) Você possui sugestões que possam melhorar na atuação de profissionais de saúde na qualidade do atendimento sexual e reprodutivo de mulheres lésbicas? Quais?

10) Você já recebeu algum treinamento para o atendimento sexual e reprodutivo de mulheres lésbicas?

11) Como você se capacitou para ajustar o seu cuidado às necessidades de saúde da mulher lésbica?

III) Observações da Pesquisadora acerca da entrevista:

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP – UERJ/IMS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UERJ - INSTITUTO DE MEDICINA
SOCIAL / UNIVERSIDADE DO
ESTADODO RIO DE JANEIRO



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas, sob o olhar da Perspectiva dos Funcionamentos

Pesquisador: Jéssica Paim do Valle Chaves

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54460021.7.0000.5260

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.200.332

Apresentação do Projeto:

Resumo / Desenho da Pesquisa, conforme documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf,
com data 12/01/2022

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Trata-se de um estudo que possui como objeto o acolhimento da mulher lésbica, por profissionais médicos e enfermeiras, na saúde sexual e reprodutiva de acordo com a perspectiva dos funcionamentos. Possui como objetivo geral: Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações morais profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a saúde sexual e reprodutiva. E como objetivos específicos: Discutir a influência das ações morais do profissional sobre suas práticas na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Identificar quais as especificidades na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. A presente pesquisa terá caráter exploratório-descritivo e natureza qualitativa. Os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, que realizam o atendimento sexual e reprodutivo, atualmente, na cidade de Petrópolis. Pretende-se entrevistar, a princípio, 10 enfermeiros e 10 médicos, porém, o número de participantes poderá variar, sendo as entrevistas encerradas quando houver saturação dos dados. Para ter acesso aos participantes serão escolhidas, pelo menos, 1 ESF de cada distrito para conseguir abranger todo território municipal. A escolha será feita através de sorteio aleatório e a partir da aceitação dos profissionais que atuarem naquela unidade. A escolha das unidades será realizada de forma randomizada, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Após submissão e aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ será iniciada a coleta dos dados. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semiestruturada e os depoimentos serão analisados pela técnica de Bardin.

Metodologia Proposta, conforme documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf, com data 12/01/2022

Este estudo terá um caráter exploratória-descritiva qualitativa. A pesquisa será realizada no município de Petrópolis, nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A cidade consta com 37 ESFs, abrangendo todos os 5 distritos da cidade. A estrutura de saúde pública da cidade conta com um convênio com o Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto (UNIFASE). Através desse convênio, 5 unidades da Estratégia de Saúde da

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Família são regidas tanto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Petrópolis quanto pela UNIFASE. Devido ao fato supracitado, optou-se por incluir apenas as unidades que são de responsabilidade integral da SMS, pois as ESFs em parceria com a UNIFASE são unidades em que os atendimentos são realizadas por docentes sob orientação de seus discentes, representando uma outra dinâmica de atendimento não sendo o que representa o maior território municipal. Serão escolhidas, pelo menos, 1 ESF de cada distrito para conseguir abranger todo território municipal. A escolha será feita através de sorteio aleatório e a partir da aceitação dos profissionais que atuarem naquela unidade. Responderão à pesquisa profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, que realizam o atendimento sexual e reprodutivo, atualmente, na cidade de Petrópolis. Pretende-se entrevistar, 10 enfermeiros e 10 médicos, porém, o número de participantes poderá variar, sendo as entrevistas encerradas caso houver saturação dos dados. Os profissionais selecionados serão os atuantes nas ESF e que concordarem, voluntariamente, em participar desta pesquisa. Atendendo à Resolução do Ministério da Saúde número 466/12, o projeto de pesquisa será encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil. Devido a Prefeitura Municipal de Petrópolis não possuir CEP próprio, será realizada a submissão deste projeto apenas pelo CEP do Instituto de Medicina Social (IMS) e a autorização para a realização desta pesquisa em ESFs do município de Petrópolis se dará pela assinatura da Carta de Anuência e Termo de Autorização Institucional pela Superintendente de Saúde da SMS de Petrópolis e Coordenadora de Atenção Básica da cidade de Petrópolis. A coleta de dados somente será iniciada após a aprovação pelo CEP-IMS. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que explicará os objetivos da pesquisa, explicará os riscos e benefícios, informará sobre o anonimato, garantirá a possibilidade de interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo pessoal, e assegurará a possibilidade de se recusar a responder qualquer pergunta que o profissional considere causar qualquer constrangimento. A coleta de dados terá início após aprovação pelo CEP-IMS (COEP), e pretende-se realizá-la no período de Fevereiro a Abril de 2022. As entrevistas ocorrerão no horário escolhido pelo participante, em local de escolha do mesmo ou em um espaço privado na ESF em que ele trabalha. O

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

instrumento de coleta de dados será através da entrevista semiestruturada. Os participantes serão identificados na pesquisa pela letra E, representando a palavra enfermeira, e M, representando a palavra médico, seguida por um numeral. Desta forma, o anonimato dos participantes estará garantido. Antes de se iniciar a gravação das entrevistas, será explicado aos participantes o objetivo da pesquisa e todos os seus direitos de acordo com a Resolução 466/12 do e será entregue para assinatura um TCLE, sendo uma via para a pesquisadora e uma via para o participante. As entrevistas serão gravadas, em formato MP3, e posteriormente transcritas. O roteiro para as entrevistas será dividido em três partes, sendo a parte um relativa aos dados de caracterização dos participantes, a parte dois conterá questões acerca do tema geral da pesquisa e a parte três será um diário de campo onde constará as impressões da pesquisadora sobre as participantes durante os diálogos.

Critério de inclusão e exclusão, conforme documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf,
com data 12/01/2022

Critério de Inclusão:

Será estabelecido como critérios de inclusão: profissionais que atuem, atualmente, no atendimento de sexual e reprodutivo nos serviços das Estratégias de Saúde da Família, no município de Petrópolis e profissionais que atuem em Estratégias de Saúde da Família coordenadas exclusivamente pela SMS Petrópolis.

Critério de Exclusão:

Como critérios de exclusão: profissionais não atuantes, atualmente, no atendimento sexual e reprodutivo.

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos da pesquisa, conforme documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf, com data
12/01/2022

Objetivo geral: Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações morais profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva.

Objetivos específicos: Discutir a influência das ações morais do profissional sobre suas práticas na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Identificar quais as especificidades na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência de saúde sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios, conforme documento

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf, com data
12/01/2022

Riscos:

Poderá envolver o risco mínimo de constrangimento por se tratar de uma pesquisa que aborde questões sobre sexualidade. Este risco será minimizado através do esclarecimento de que o(a) participante é livre para se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, sem lhe resultar em prejuízos e julgamentos. Devido ao atual momento pandêmico, também será considerado risco físico caracterizado pela COVID-19, sendo este risco minimizado através da entrevista individual em ambiente isolado, com distanciamento físico entre o(a) participante e a entrevistadora e com uso de máscara cirúrgica descartável, como equipamento de proteção individual (EPI), tanto

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

para a pesquisadora quanto para o(a) participante. O EPI será disponibilizado pela pesquisador

Benefícios:

Contribuir com o conhecimento científico no campo da saúde da mulher e LGBT, do acolhimento de lésbicas pelos profissionais de saúde durante o atendimento reprodutivo gestacional e ainda, acerca das singularidades na atenção à saúde de mulheres lésbicas, o que poderá beneficiar estudantes de enfermagem, medicina e outros profissionais que atuam nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa visa analisar o acolhimento da mulher lésbica por profissionais médicos e enfermeiras na assistência sexual e reprodutiva de acordo com a perspectiva dos funcionamentos. Estão previstas 10 entrevistas com médicos(as) e 10 entrevistas com enfermeiras(os), profissionais que atuem no atendimento sexual e reprodutivo nos serviços das Estratégias de Saúde da Família, no município de Petrópolis e profissionais que atuem em Estratégias de Saúde da Família coordenadas exclusivamente pela SMS Petrópolis. Parte-se de uma sensibilidade inicial da pesquisadora durante a sua residência em enfermagem obstétrica, quando, cito, “comecei a ter contato com gestantes lésbicas e observei que a conduta dos profissionais que as atendiam era diferente da conduta que os mesmos tinham quando a gestante se inseria na heteronormatividade ” (trecho consta no documento Projeto_dissertacao_de_mestrado_Jessica_Paim.pdf, página 14, data 19/12). Trata-se de pesquisa pertinente, na qual não identifiquei maiores problemas em termos dos critérios éticos estabelecidos. A pendência indicada em parecer anterior foi sanada, a pesquisadora se comprometeu com a guarda dos dados da pesquisa por um período mínimo de cinco anos em ambiente seguro, conforme consta nos documentos TCLE_modificado.pdf PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf, com data de 12/01/2022

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto apresentada e assinada

Carta de anuência da secretaria municipal de saúde de Petrópolis apresentada. Consta igualmente um termo de autorização institucional da responsável por todas as unidades de estratégia de saúde da família na cidade de Petrópolis

Cronograma em apartado: coleta de dados a partir de fevereiro de 2022; prevê notificação de relatório final em setembro 2022

Declaração negativa de financiamento apresentada. Orçamento apresentado em apartado. Instrumento de coleta de dados apresentado e adequado

TCLE apresentado, descreve de forma adequada a pesquisa, levando em conta o perfil de profissionais de saúde

Consta a Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis como instituição coparticipante. A secretaria não possui CEP próprio.

Pendência sanada nos documentos TCLE_modificado.pdf e

PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf, com data de 12/01/2022

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da mesma. Enfatizamos que é OBRIGATÓRIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1876630.pdf	12/01/2022 19:13:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_de_mestrado_Jessica_Paim_modificado.pdf	12/01/2022 19:12:11	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	12/01/2022 19:11:44	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/01/2022 18:46:41	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Orçamento	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_FINANCIAMENTO.pdf	16/12/2021 20:59:20	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.jpg	16/12/2021 20:42:26	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_autorizacao_institucional.jpg	16/12/2021 20:41:09	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	16/12/2021 20:37:37	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	16/12/2021 20:27:52	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	16/12/2021 20:10:03	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Jessica_Paim_do_Valle_Chaves.pdf	16/12/2021 20:09:49	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D

Bairro: Maracanã

CEP: 20.550-013

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2334-0235

Fax: (21)2334-2152

E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Janeiro de 2022

Assinado por: Rogerio Lopes Azize(Coordenador(a))**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D**Bairro:** Maracanã**CEP:** 20.550-013**Município:** RIO DE JANEIRO**Telefone:** (21)2334-0235**Fax:** (21)2334-2152**E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP – UNIFASE/FMP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Elaborado pela Instituição Coparticipante**

FACULDADE DE MEDICINA DE
PETRÓPOLIS E FACULDADE ARTHUR
SÁ EARP NETO/ FMP/FASE

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA SEXUAL E REPRODUTIVA DE MULHERES LÉSBICAS, SOB O OLHAR DA PERSPECTIVA DOS FUNCIONAMENTOS

Pesquisador: Jéssica Paim do Valle Chaves

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 54460021.7.3001.5245

Instituição Proponente: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PETRÓPOLIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.344.815

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que possui como objeto o acolhimento da mulher lésbica, por profissionais médicos e enfermeiras, na assistência à saúde sexual e reprodutiva de

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ **Município:** PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

acordo com a perspectiva dos funcionamentos. Possui como objetivo geral: Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações morais profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva. E como objetivos específicos: Discutir a influência das ações morais do profissional sobre suas práticas no planejamento reprodutivo e pré-natal de mulheres lésbicas; Identificar quais as especificidades na assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. A presente pesquisa terá caráter exploratório-descritivo e natureza qualitativa. Os participantes da pesquisa serão profissionais de saúde, enfermeiras e médicos, que realizam o atendimento sexual e reprodutivo, atualmente, na cidade de Petrópolis. Pretende-se entrevistar, a princípio, 10 enfermeiros e 10 médicos, porém, o número de participantes poderá variar, sendo as entrevistas encerradas quando houver saturação dos dados. Para ter acesso aos participantes serão escolhidas, pelo menos, 1 ESF de cada distrito para conseguir abranger todo território municipal. A escolha será feita através de sorteio aleatório e a partir da aceitação dos profissionais que atuarem naquela unidade. A escolha das unidades será realizada de forma randomizada, respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Após submissão e aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa do IMS-UERJ será iniciada a coleta dos dados. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semiestruturada e os depoimentos serão analisados pela técnica de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os funcionamentos da mulher lésbica que são facilitados ou negados a partir das ações morais profissionais, de enfermeiras e médicos, durante a assistência sexual e reprodutiva.

Objetivo Secundário:

a) Discutir a influência das ações morais do profissional sobre sua assistência sexual e reprodutiva às mulheres lésbicas; b) Identificar quais as especificidades na assistência

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas; c) Descrever os funcionamentos que são facilitados e negados durante a assistência sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Poderá envolver o risco mínimo de constrangimento por se tratar de uma pesquisa que aborde questões sobre sexualidade. Este risco será minimizado através do esclarecimento de que o(a) participante é livre para se recusar a responder qualquer questão que lhe cause constrangimento, sem lhe resultar em prejuízos e julgamentos. Devido ao atual momento pandêmico, também será considerado risco físico caracterizado pela COVID-19, sendo este risco minimizado através da entrevista individual em ambiente isolado, com distanciamento físico entre o(a) participante e a entrevistadora e com uso de máscara cirúrgica descartável, como equipamento de proteção individual (EPI), tanto para a pesquisadora quanto para o(a) participante. O EPI será disponibilizado pela pesquisadora.

Benefícios:

Contribuir com o conhecimento científico no campo da saúde da mulher e LGBT, do acolhimento de lésbicas pelos profissionais de saúde durante o atendimento reprodutivo e gestacional e ainda, acerca das singularidades na atenção à saúde de mulheres lésbicas, o que poderá beneficiar estudantes de enfermagem, medicina e outros profissionais que atuam nesta área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de caráter acadêmico realizado para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social - UERJ, previsto para iniciar em Fevereiro de 2022 e encerrar em Setembro de 2022. O projeto de pesquisa contempla estudo nacional, prospectivo, randomizado, de

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

caráter exploratório-descritivo e natureza qualitativa). Será realizado no Brasil, através de patrocínio da pesquisadora responsável, com 20 participantes (cerca de 10 enfermeiros e 10 médicos), sendo escolhido, pelo menos, 1 unidade de Estratégia de Saúde da Família de cada distrito do município de Petrópolis, através de sorteio aleatório. Os dados de áudio e registro escrito das entrevistas serão armazenados no computador pessoal da pesquisadora responsável, protegido por senha, sem possibilidade de identificar os participantes.

A relevância da pesquisa se refere à atender demanda social relacionada ao acolhimento da mulher lésbica, por profissionais médicos e enfermeiras, na assistência sexual e reprodutiva de acordo com a perspectiva dos funcionamentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados de acordo com as normas, a saber: Folha de rosto, Termo de anuência institucional, Projeto de pesquisa, Instrumento de coleta de dados, TCLE, Declaração de compromisso dos membros da equipe e Cronograma.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de análise de resposta ao parecer nº 5.290.748 emitido pelo CEP em 14/03/2022, da 2ª Versão deste projeto, submetida a este CEP.

PENDÊNCIA 2: Solicita-se modificação do trecho “E ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Petrópolis / Faculdade Arthur Sá Earp Neto / Hospital de Ensino Alcides Carneiro por ser instituição coparticipante: Av. Barão do Rio Branco nº1003, Centro - Petrópolis/RJ - CEP: 25.680-120. Telefone: (24)2244-6497. E-mail: cep@fmpfase.edu.br”, visto que o CEP não constitui instituição coparticipante. Desta forma, devem ser atualizados os seguintes documentos: “TCLE” e

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

“Projeto_dissertacao_de_mestrado_jessicapaim_modificado_2” submetidos em 23.02.2022.

ANÁLISE: Atendida. Documentos alterados conforme solicitado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar o(s) relatório(s) da pesquisa a cada seis meses ou ao término desta. Por meio da Plataforma Brasil, clicar na aba pesquisador, selecionar gestão da pesquisa, clicar em enviar notificação, em seguida selecionar o “tipo de relatório” e anexar o documento. Isso se faz necessário para que seja devidamente apreciado pelo CEP, conforme Resolução CN nº 466/12, item XI.2.d e Resolução CNS nº510/16, art.28, item V.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Aut or	Situaçã o
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1884487.pdf	22/03/2022 15:45:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_de_mestrado_jessicapaim_modificado_3.pdf	22/03/2022 15:39:52	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado_3.pdf	22/03/2022 15:38:22	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_COMPROMISSO_DOS_MEMBROS_DA_EQUIPE.pdf	23/02/2022 22:18:25	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_modificado.pdf	23/02/2022 17:08:29	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_dissertacao_de_mestrado_Jessica_Paim_modificado.pdf	12/01/2022 19:12:11	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_RESPOSTA_AS_PENDENCIA S.pdf	12/01/2022 19:11:44	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	12/01/2022 18:46:41	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_DE_COLETA_DE_DADOS.pdf	16/12/2021 20:37:37	Jéssica Paim do Valle Chaves	Aceito

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PETROPOLIS, 11 de Abril de 2022

Assinado por: ATTILIO VALENTINI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Barão do Rio Branco, 1003

CEP: 25.680-120

UF: RJ

Município: PETROPOLIS

Telefone: (24)2244-6497

Fax: (24)2244-6464

E-mail: cep@fmpfase.edu.br

ANEXO C – Termo de Autorização da Unidade



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E APOIO À GESTÃO
NÚCLEO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE



Termo de Autorização da Unidade

Autorizo a pesquisadora Jessica Paim do Valle Chaves, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: "O ACOLHIMENTO REPRODUTIVO E GESTACIONAL DE MULHERES LÉSBICAS SOB O OLHAR DA PERSPECTIVA DOS FUNCIONAMENTOS", a utilizar as Unidades da Secretaria de Saúde do município, como campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº466/2012.

O referido projeto somente poderá ser iniciado nestas Unidades de Saúde mediante sua aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final de pesquisa para o gestor de saúde onde se desenvolveu a pesquisa.

Firmo o presente.

Petrópolis, 16 / 12 / 2021

Jessica Paim do Valle Chaves

Assinatura do Pesquisador Responsável

Maria Zenith Nunes Carvalho
Assinatura e Carimbo do Chefe do Núcleo de Gestão da Educação em Saúde

MARIA ZENITH NUNES CARVALHO
Chefe do Núcleo de Gestão
e Educação em Saúde

ANEXO D – Termo de Autorização Institucional

42

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Pesquisa: O acolhimento reprodutivo e gestacional de mulheres lésbicas sob o olhar da perspectiva dos funcionamentos.

Pesquisadora responsável: Enfª Mestranda Jéssica Paim do Valle Chaves

Orientadora responsável: Enfª Profª Drª. Cristiane Maria Amorim Costa

Eu, Luana de Souza Lopes de Mello, responsável por todas as unidades de estratégia de saúde da família da cidade de Petrópolis, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nestas instituições que serão escolhidas pela pesquisadora. Caso necessário, podemos revogar esta autorização, a qualquer momento, se comprovadas atividades que causem algum prejuízo a estas instituições ou ao sigilo da participação dos integrantes destas instituições. Declaro, ainda, que não recebemos qualquer tipo de remuneração por esta autorização, bem como os participantes também não o receberão. E asseguramos que possuímos a infraestrutura necessária para a realização/desenvolvimento da pesquisa.

A pesquisa só terá início nestas instituições após apresentação do **Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMS-UERJ**.

Petrópolis, 16 de dezembro de 2021

Luana de S. L. de Mello
Diretora do Departamento de
Atenção Básica
Matrícula 8092

Coordenadora de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis

Claudia C. Respeita da Mota
Superintendente de Atenção à Saúde
Mat. 3816

Superintendente de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis

Se desejar qualquer informação adicional sobre este estudo, envie uma mensagem: Jéssica Paim do Valle Chaves, e-mail: jessica.pvc@hotmail.com, telefone: (24) 99201-4998.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20550-013, telefone (21) 2334-0235, ramal 211. E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com.

49417/21

45
Aluana