

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Sheila Cristina Corrêa da Silva

A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

Rio de Janeiro

2022

Sheila Cristina Corrêa da Silva

A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira.

Coorientador: Prof. Me. Ernane Alexandre Pereira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: The health of lesbian and bisexual women: absences and human rights in the municipality of Belford Roxo.

S586s Silva, Sheila Cristina Corrêa da.
A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ / Sheila Cristina Corrêa da Silva. -- 2022.
111 f. : il.color.

Orientador: Aldo Pacheco Ferreira.
Coorientador: Ernane Alexandre Pereira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 71-74.

1. Homossexualidade Feminina. 2. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Minorias Sexuais e de Gênero. 4. Relações Profissional-Paciente. 5. Violência. I. Título.

CDD 306.766

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Sheila Cristina Corrêa da Silva

A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 03 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriane das Neves Silva
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Mably Jane Trindade Tenenblat
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Me. Ernane Alexandre Pereira (Coorientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

*Oxum “ Oro mima ”
Quando eu era criança Minha mãe cantava pra mim
Uma canção em yorubá
Cantava pra eu dormir
Uma canção muito linda
Que o seu pai lhe ensinou
Trazida da escravidão
E cantada por seu avô*

*Era assim:
ORO MIMÁ ORO MIMAIO
OROMOMAIO ABADÔIEIEU*

*Essa canção muito antiga
No tempo da escravidão
Os negros em sofrimentos
Cantavam e alegravam seu coração
Presos naquelas senzalas
Dançando ijexá
Aquele canção muito linda
Com os versos em yorubá*

*Era assim:
ORO MIMÁ ORO MIMAIO
OROMOMAIO ABADÔIEIEU
Cantava quando criança
Fiquei mulher eu não me esqueci
Aquele canção em yorubá
Que não sai de dentro de mim*

*Era assim:
ORO MIMÁ ORO MIMAIO
OROMOMAIO ABADÔIEIEU
E Deus é o MA
DEUS é o MAIOR
DEUS É O MAIOR
ME AJUDOU A VENCER
ORO MIMÁ ORO MIMAIO
OROMOMAIO ABADÔIEIEU*

A Deus, a minha mãe Oxum, a toda minha ancestralidade que trilharam os caminhos para que hoje eu estivesse aqui e todas as mulheres lésbicas e bissexuais .

AGRADECIMENTOS

De certo, uma dissertação se faz de inúmeras mãos, de brisas densas e leves, de desafetos e afetos, de desconstruções e construções. E a minha!? Ah! A minha não poderia ter sido diferente.

Mas agradeço imensamente cada momento, cada batalha vencida e cada aprendizado que a vida me trouxe.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Aldo Pacheco e meu coorientador professor Ernane Alexandre, por acreditar e dividir seus vastos conhecimentos e experiências.

A coordenadora do curso Prof.^a Maria Helena e a Prof.^a Diadney, que com suas forças femininas não me deixaram desistir e acreditaram quando eu duvidei. As incansáveis profissionais do CEP/ESPN que me atendiam e me orientavam o tempo necessário.

As profissionais de saúde que entrevistei, que disponibilizaram do seu tempo para compartilhar suas vivências e experiências profissionais através de uma reflexão nunca feitas com tamanha profundidade. Agradeço por toda imparcialidade religiosa, diante de um assunto visto, até então, como “tabu”.

As amigas e o amigo confidentes que a pós-graduação me presenteou: Michele, Patrícia, Daí e Victor que me deram afetos e se colocaram quanto parceiras e parceiro nos diversos momentos de angústia, na vibração de alegria a cada pequena conquista e todas as amigas e amigos do grupo de WhatsApp, onde era meu espaço de trocas intelectuais, de afetos e onde eu me revigorava.

A Minha irmã favorita Nádia Aline, pela escuta, por me colocar no colo e me chamar a atenção nos momentos necessários, pelas rezas e ao meu irmão favorito José Willian, que não mediu esforços para me ajudar nos acessos para a realização da pesquisa em Belford Roxo, quando o tempo gritava em minha mente e por suas mensagens de que tudo daria certo.

A minha mãe Marly e ao meu pai Pedro, por acreditarem nos meus sonhos, pelos cuidados e pela compreensão nas ausências que se fizeram necessárias e o incentivo diário que no fim de tudo daria certo!

As amigas da vida e minha família na fé que precisaram conviver com minhas ausências e limitações de tempo. A minha dirigente espiritual Leila, que cuidou da minha parte espiritual quando eu precisei me afastar totalmente.

A Claudia Mota (minha Claudinha), meu grande amor pela paciência diária, por acolher minhas dores, enxugar meus prantos e por me mimar com seus afetos e guloseimas durante a nossa louca rotina. Pelos aconselhamentos, pelas orientações, pelas reflexões e pelo Axé e as minhas filhas de quatro patas Nina Padilha (dogminha) e Amora Selvagem (gathorra).

“AMOR TRAVESSO

Ao transar com a musa,

Deflorei a cidade.

Pensando que fazia amor

Fiz revolução!”

(TERRA, 2022, p. 2)

RESUMO

Objetivo: Analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimento no município de Belford Roxo/RJ. Métodos: Adotou-se metodologia qualitativa. Realizada por meio da investigação dos sujeitos que contribuem para a construção do processo de atendimento nas unidades de saúde no que tange o atendimento das mulheres heterossexuais e das lésbicas e bissexuais, inicialmente, por meio de gestoras e profissionais que atuam na ponta dos atendimentos nas unidades de saúde do município de Belford Roxo. A pesquisa se propôs a colher os dados pessoais das 12 mulheres entrevistadas, tais como: idade, raça, gênero, religião, orientação sexual e escolaridade, tempo de formação, se possui ou não especialização ou residência. Resultados: O estudo foi dividido em dois eixos: Acessos e Atendimentos. A análise das profissionais da saúde que participaram do estudo trouxeram uma pluralidade de reflexões e experiências onde identificamos uma exiguidade de mulheres lésbicas/bissexuais no uso dos serviços; A (in) visibilização e a invisibilidade dessas mulheres na busca dos cuidados de saúde; Uma inexistência na preocupação com adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a produção de equidade em saúde de grupos em situações de vulnerabilidade e, em especial, com a produção de informação e comunicação em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais por parte da gestão. Conclusões: Constata-se que existe uma invisibilidade e um processo de invisibilização das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde prestados à população no município de Belford Roxo. As unidades de saúde encontram-se ainda fragilizadas e sem um processo estrutural capaz de nortear os acessos de mulheres lésbicas e bissexuais e os atendimentos por parte das (os) profissionais de saúde. Contudo, identificamos que marcadores sociais das diferenças contribuem para o processo de exclusão e que a empatia das e dos profissionais de saúde permitem acessos e vínculos institucionais e profissionais.

Palavras-chave: homossexualidade feminina; equidade no acesso/atendimentos aos serviços de saúde; garantias de direitos e integralidade em saúde; relações equipe de saúde-pacientes.

ABSTRACT

Objective: Analyze representations, perceptions and practices of care provided to lesbians and bisexuals by health professionals in care units located at the city of Belford Roxo/RJ. **Methods:** A qualitative methodology was adopted. Conducted through the investigation of the subjects who contribute to the construction of the care process in health units regarding the care of heterosexual women and lesbians and bisexuals, initially, through managers and professionals who work at the frontline of care in the health units in Belford Roxo. The research proposed to collect personal data from 12 women interviewed such as: age, race, gender, religion, sexual orientation and education, time since graduation, whether or not they have specialization or residency. **Results:** The study was divided into two main axes: Access and Assistance. The analysis of health professionals who participated in the study brought a plurality of reflections and experiences where we identified a small number of lesbian/bisexual women in the use of services; The (in) visibility and invisibility of these women in the search for health care; A lack of concern with the adoption of managerial and planning mechanisms for the production of equity in the health of groups in vulnerable situations and, in particular, within the production of health information and communication for lesbian and bisexual women by management. **Conclusions:** It appears that there is a built invisibility and a process of invisibility of lesbian and bisexual women in the health services provided to the population in the municipality of Belford Roxo. Health units are still fragile and without a structural process capable of guiding the access of lesbian and bisexual women and the assistance provided by health professionals. However, we identified that social markers of differences contribute to the process of exclusion and that the empathy of health professionals allows access and institutional and professional links.

Keywords: female homosexuality; equity in access/attendance to health services; guarantees of rights and comprehensiveness in health; health team-patient relations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização dos participantes da pesquisa, Belford Roxo, 45
2022.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
CEP/ENSP	Comitê de Ética em Pesquisa Escola Nacional de Saúde Pública
CNCD/LGT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação/LGBT
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
COLERJ	Coletivo de Lésbicas do Rio de Janeiro
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HMBR	Hospital Municipal de Belford Roxo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro
ISP	Instituto de Segurança Pública
LBL	Liga Brasileira de Lésbicas
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersex
LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travesti, Queer, Intersexualidade, Assexual e outras orientações sexuais e identidades de gênero
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PIB	Produto Interno Bruto
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos

PNISLGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
SDH/PR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SENALE	Seminário Nacional de Lésbicas
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	24
3.1	SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS: ATRAVÉS DE UM OLHAR LACÔNICO	24
3.1.1	A Reforma Sanitária no Brasil: compreendendo a assistência, à saúde e a constituição do Sistema Único de Saúde	26
3.1.1.1	A Saúde no Brasil: trajetórias na construção de políticas públicas de saúde e a população LGBT	27
3.1.1.1.1	<i>Fundamento histórico da homossexualidade</i>	31
4	O ESTUDO DE GÊNERO, IDENTIDADE DE GÊNERO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE PENSANDO AS SINGULARIDADES E A CONSTRUÇÃO DESSAS IDENTIDADES.....	34
4.1	A QUESTÃO ÉTNICO-RACIAL E AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS	35
4.1.1	Invisibilidade ou invisibilização: causas e efeitos na ausência dos atendimentos à saúde	36
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
5.1	MÉTODO DE PESQUISA	41
5.1.1	Sítio de estudo	42
5.1.1.1	Sujeitos da pesquisa	44
5.1.1.1.1	<i>Análise dos dados obtidos com as entrevistas e aspectos éticos</i>	46

6	RESULTADOS	49
6.1	ACESSOS: PAPEL DAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS.....	49
6.1.1	Atendimentos: papel da unidade na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais	56
7	DISCUSSÃO	59
7.1	ACESSO: PAPEL DAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISEXUAIS	59
7.1.1	Atendimentos: Papel da unidade na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais	64
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS	71
	ANEXO A – PARECER	75
	ANEXO B – CRONOGRAMA	97
	ANEXO C – TCLE	99
	ANEXO D – PERGUNTAS	105
	ANEXO E – AUTORIZAÇÃO	109
	ANEXO F – DEDICATÓRIA	111

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no campo das análises dispendo do tema sobre gênero e sexualidade no que tange os direitos humanos e a ausência das lésbicas e bissexuais¹ na saúde do município de Belford Roxo (RJ), da Dissertação de Mestrado no Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz. A pesquisa tem pôr finalidade principal contribuir para um aprofundamento da discussão no âmbito da saúde e a implantação de serviços que sejam ambientes de reconhecimento do grupo populacional e de acolhimento das(os) profissionais, principalmente no que diz respeito às demandas das muncípices.

Cabe ressaltar que meu interesse pelo tema teve início em 1993, quando participei do primeiro SENALE (Seminário Nacional de Mulheres Lésbicas e Bissexuais) e tive o privilégio, de pela primeira vez quanto mulher lésbica e negra, conhecer as lideranças políticas desses movimentos sociais. Também, me foi possível reconhecer o meu lugar de fala, estar pela primeira vez entre pares para poder refletir e compreender não somente as minhas questões pessoais, mas de uma coletividade com o objetivo pleno de contribuir para a elaboração de políticas públicas, dentro das especificidades do movimento LGBT.

No ano de 2009, tornei-me Bacharel em Serviço Social (UNISUAM) defendendo o Tema: “O LESBIANISMO DENTRO DE UMA PERSPECTIVA RACIONAL: existe um olhar específico dos movimentos de lésbicas sobre as lésbicas negras?. Falando da minha trajetória profissional, coordenei o Centro de Cidadania LGBT da Capital/ Rio Sem Homofobia, vinculado à Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos/RJ (2012-2016). Paralelamente a gestão, em 2014 realizei uma Especialização em Gênero e Sexualidade (IMS/UERJ), trazendo para a discussão o Tema: “VIOLÊNCIA DOMESTICA E FAMILIAR ENTRE CASAIS DE LÉSBICAS E BISSEXUAIS: o olhar profissional em foco”.

No entanto, já estou próxima de completar seis anos na Secretaria de Saúde do Município de Belford Roxo e percebo uma enorme dificuldade em inserir a temática LGBTQIA²⁺ nas pautas de discussões da saúde no município. É, portanto, dentro desse

¹ A bissexualidade é atração romântica, atração sexual ou comportamento sexual voltado tanto a homens e como a mulheres, ou por mais de um sexo ou gênero. Também pode ser definida como atração romântica ou sexual por pessoas de qualquer sexo ou gênero, aproximando-se do conceito de pansexualidade.

² LGBTQIA+ é a sigla para lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, "queer" (quem transita entre as noções de gênero), intersexo, assexuais e outras variações (representadas pelo +).

espaço de conhecimento e reconhecimento e tendo como referência o texto de Honneth (2015), sobre a distinção das três esferas do reconhecimento como a relação dos afetos e da autoconfiança; a das leis e direitos, do autorrespeito; da solidariedade social e da autoestima que surgiu a reflexão e a curiosidade sobre a ausência das lésbicas³ e bissexuais nos atendimentos médicos nas unidades de saúde de Belford Roxo e na esfera dos reconhecimentos. Isto é, quem não se reconhece não se identifica, não se empodera e não busca atendimento na saúde.

Portanto, penso que a moral das ofensas está relacionada ao não reconhecimento desses corpos femininos nas relações afetivas, nas leis, nos direitos, no autorrespeito; e, principalmente, na banalização do que acontece com esses corpos nas unidades de saúde. Conseqüentemente, penso ser necessário o entendimento dos casos simples e complexos para reorganizar a rede de atendimento a partir do olhar de reconhecimento das especificidades e das subjetividades da população de lésbicas e bissexuais. Assim como pensar a formação continuada do quadro de funcionárias(os) da saúde que, mesmo de forma intencional, pode retirar o direito de acesso.

Contextualizando a lesbianidade no campo teórico para Silva e Magalhães (2020), há registros históricos sobre Safo, uma poetisa e educadora grega que nasceu na ilha de Lesbos em aproximadamente 600 a.C. e ficou famosa por declamar seus poemas, em reuniões sociais a mulheres, o que era um costume nessa ilha. Audaciosa para a época, segundo consta em relatos, foi pioneira em escrever o amor entre mulheres em suas poesias. Mestra na arte de ensinar poesia, dança, música, sendo percussora na criação da Escola de Safo, local destinado à educação de meninas de famílias da alta sociedade.

Por esta razão, o termo “lésbica” passou a definir mulheres homoafetivas, ou seja, mulheres que se sentem atraídas por outras mulheres afetiva e sexualmente. É importante mencionar que nem todas as mulheres lésbicas se identificam com a palavra lésbica e que algumas reivindicam politicamente serem vistas como gay ou “sapatão”, sem que isso seja considerado pejorativo entre elas.

Ao longo da história, a luta das mulheres para garantir seus direitos fez com que, no início do século XX, surgissem os primeiros grupos feministas no Brasil. No entanto, o que deveria ser uma luta igualitária para todas as mulheres, culminou em um processo separatista,

³ Lésbica é uma mulher que sente atração, seja sexual ou romântica, exclusivamente por mulheres. O termo 'lésbica' ou 'lésbico' também é usado para expressar o relacionamento ou comportamento sexual ou romântico entre mulheres e/ou pessoas não-binárias (agêneros, demigirls, gênero-fluido, etc.) independentemente da orientação sexual, como na expressão 'casal lésbico', embora haja quem use a expressão sáfico para evitar o apagamento bissexual.

causado por tensões e conflitos envolvendo reconhecimento, demandas e experiências específicas de lésbicas no interior do movimento feminista.

Na década de 1980, a perceptibilidade das questões de saúde da população LGBT consubstanciou-se no instante em que o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos homossexuais. O posterior reconhecimento da complexidade da saúde, da população LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo em outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como aquelas relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado.

Quanto à efetivação para o reconhecimento do feminismo lésbico e bissexual no Brasil, em sua contemporaneidade, foi idealizado por Neusa das Dores Pereira, Elizabeth Calvet (1960-2001), algumas mulheres militantes do movimento lésbico e engendrado pelo Coletivo de Lésbicas do Rio de Janeiro (COLERJ) e em parceria com outras instituições de lésbicas no âmbito Nacional e Internacional, por intermédio de recursos do Ministério da Saúde e culmina na realização do I Seminário Nacional de Lésbicas (SENALE), ocorrido em 1996, no Rio de Janeiro, o qual possibilitou, pela primeira vez, que um grupo de 100 lésbicas e algumas bissexuais, pudessem estar reunidas para discutir os temas “Saúde, Visibilidade e Organização” e suas questões específicas, possibilitando, ainda, uma maior visibilidade e fortalecimento aos movimentos sociais. Cumpre mencionar, que fiz parte desse encontro do SENALE e tive o privilégio de, pela primeira vez, enquanto mulher lésbica e negra, conhecer as lideranças políticas desses movimentos sociais de mulheres lésbicas/bissexuais e negras e os grupos organizados por elas. Durante o Seminário, me foi possível reconhecer o meu lugar de fala, estar pela primeira vez entre pares para poder refletir e compreender não somente as minhas questões pessoais, mas de uma coletividade com o objetivo pleno de contribuir para a elaboração de políticas públicas, dentro das especificidades do movimento LGBT. Contudo, foi um sentimento indescritível participar ativamente da criação do Dia Nacional da Visibilidade Lésbica.

Para Campos (2014), uma das grandes conquistas do SENALE foi a criação do Dia Nacional da Visibilidade Lésbica, em 29 de agosto, possibilitando, desta forma, romper com o processo de inviabilização e a vulnerabilidade ao longo do processo histórico no qual o protagonismo e a liderança eram prioritariamente de mulheres lésbicas negras.

Atualmente, é reconhecido como SENALESBI, sendo um espaço de discussão político-pedagógico a nível nacional, estruturado por mulheres Lésbicas e Bissexuais, tendo como diretrizes a discussão, a reflexão e as propostas de ações interventivas nas políticas públicas do país voltadas a essa população e suas especificidades.

Na década de 2000, houve uma maior aproximação do movimento lésbico com o movimento feminista, por meio de várias ações múltiplas, da construção e do fortalecimento das redes locais e nacionais e da criação da Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), criada desde 1995, que articulou o surgimento dos fóruns nacionais.

Um outro marco importante dos movimentos sociais de lésbicas foi a criação, em 2003, durante o III Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, da Liga Brasileira de Lésbicas (LBL), uma rede constituída por lésbicas e bissexuais que se auto identifica como feminista e marxista, organizadas em grupo ou de forma autônoma (Soares, Costa, 2011).

Com críticas em relação a saúde de lésbicas e bissexuais, apontavam as frequentes discriminações que acometiam essas mulheres nos atendimentos de ginecologia e o reconhecimento das especificidades dessa população.

Também neste mesmo ano, um forte grupo de São Paulo chamado Umas e Outras e o grupo MOLECA (Movimento Lésbico de Campinas), fizeram uma articulação para realizar uma caminhada lésbica em São Paulo, conforme as caminhadas que ocorria nos Estados Unidos. Tal caminhada, tinha um cunho de militância e um viés contra a invisibilidade política e social de mulheres lésbicas e bissexuais. Assim como a proposta de um diálogo com os organizadores da parada Gay, que já acontecia desde 1997 e onde, atualmente, conhecemos como Parada do Orgulho LGBT. A proposta dos grupos era de uma agenda específica, a “Caminhada das Lésbicas e Bissexuais “ aconteceria sempre um dia antes da parada, pautada em uma agenda de lutas por garantia de direitos.

Trazendo para 2013, no âmbito da saúde, o Ministério da Saúde fez o lançamento da cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social”, objetivando mostrar para os movimentos sociais a importância da participação social na construção das políticas públicas, com um olhar para a saúde e, principalmente, levando em consideração as especificidades de mulheres lésbicas e bissexuais. Tal instrumento serviu para contribuir com o empoderamento para a construção de uma cidadania feminina e o fortalecimento das políticas afirmativas do SUS. Nesse sentido, a proposta da cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais: Direitos, Saúde e Participação Social” é compartilhar informações e refletir sobre o que é ser mulher lésbica ou bissexual, promovendo maior visibilidade a este público,

sensibilizando gestores e profissionais de saúde para um acolhimento adequado à saúde dessas mulheres (BRASIL, 2013, p. 5).

Cabe destacar que a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT permitiu dar visibilidade à população de lésbicas e bissexuais, possibilitando a abertura do diálogo e a construção intra e intersetorial na saúde. A elaboração da cartilha uniu esforços para uma melhor articulação entre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Seguindo esta linha de raciocínio, pode-se afirmar que da época de Safo até a atualidade, muitas transformações ocorreram para o universo das mulheres lésbicas e bissexuais. No entanto, há marcas e cicatrizes de uma sociedade repressora e que não aceita o fato de uma mulher ter o direito de exteriorizar os seus sentimentos por outra mulher. Conseqüentemente, a mulher lésbica e bissexual acaba sendo vítima de violências causadas pela lesbofobia e bifobia. Apesar dos avanços, por outro lado, há uma necessidade de responder às dinâmicas nas ausências de direitos, violências e discriminação sofridas por este segmento.

Segundo Facchini; França (2009), faz-se necessário manter um olhar atento às inclusões e às exclusões e, também, às possibilidades e aos limites que são colocados no processo cotidiano de trazer determinado sujeito político e suas demandas para o espaço público. Tal olhar possibilita tomar os sujeitos enunciados pelo movimento como termos sempre abertos à inclusão, acolhendo novas e diferentes demandas e questionando arranjos hierárquicos.

Nessa esteira, falar de mulheres lésbicas e bissexuais e o acesso à saúde nos faz refletir sobre as responsabilidades de abordarmos este assunto de forma intelectual e dentro de um viés ético-político. Contudo, essa temática possivelmente trará algumas tensões. Principalmente, por conta das peculiaridades e das especificidades dessas mulheres. Decerto, será um desafio pautar essa temática de forma sensível e coerente.

Embora todas as pessoas nasçam livres e o Princípio de Yogaykarta diga que todos os direitos humanos são universais, não é esta a realidade vivenciada por lésbicas e bissexuais no que diz respeito à equidade de direitos e as condições sociais de acesso às políticas públicas brasileira:

todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. Todos os direitos são universais, independentes, indivisíveis e inter-relacionados. A orientação sexual e a identidade de gênero são essenciais para a dignidade humana de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou abuso (Princípio de Yogayakarta, 2002, p. 6)

Historicamente, parte deste grupo populacional vive em condições de total vulnerabilidade social. No entanto, graças à pressão dos movimentos sociais e a abertura do diálogo com o poder público, a Política Nacional de Saúde LGBT surgiu como um avanço histórico e possibilitou o reconhecimento das especificidades em relação às demandas para a consolidação de políticas de saúde específicas para população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).

Discorre-se que o direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantida na Constituição de 1988. No texto constitucional, a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nessa concepção, podemos pensar que a saúde é decorrente do acesso das pessoas e das coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. Nesse segmento, a saúde, a previdência e a assistência social integram o tripé do Sistema de Seguridade Social e essa conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

Cumprido destacar, ainda, que a Política Nacional de Saúde LGBT foi um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil, pois se trata de um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade. Ademais, é, um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), como podemos constatar em seu terceiro princípio, no que se refere à orientação sexual e a identidade de gênero:

assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável. É direito dos cidadãos o atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (2008, p. 4)

Dessa forma, sua formulação contou com participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que, atualmente, compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH).

É importante mencionar, ainda, que em 17 de maio de 2017, considerado o Dia Mundial de Combate à LGBTfobia, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em conjunto com o Conselho Regional de Serviço social (CRESS), publicou em sua página oficial a atuação e o comprometimento do Serviço Social brasileiro na luta pelos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, reafirmando o compromisso ético-político de uma grande parcela de assistentes sociais no Brasil. Importante reafirmar que não falta para as(os) profissionais instrumentos políticos e normativas do Conjunto CFESS-CRESS no que tange à defesa dos direitos da população LGBT.

Sem contar o Código de ética da/o Assistente Social, que tem como base os princípios em defesa da liberdade, autonomia, diversidade da pessoa humana, e de luta contra a discriminação por orientação sexual, gênero, identidade de gênero, etnia etc. Já no âmbito nacional, o CFESS teve assento no Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoção dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CNCD/LGBT). Objetivando, mostrar para a categoria a importância da inserção da profissão na luta por direitos e a relação entre Serviço Social e o combate à discriminação à população LGBT.

Entretanto, sabe-se que mulheres lésbicas e bissexuais possuem suas especificidades e suas singularidades e que as discussões que atravessam a questão de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e o recorte étnico-racial e de classe são marcadores sociais logo é bastante grave, que essas mulheres sejam invisibilizadas sem que haja um acompanhamento dos seus casos clínicos, um aprofundamento do agravamento dos quadros de saúde ou da causa morte.

A exemplo, temos o não respeito às práticas sexuais das lésbicas e bissexuais nos atendimentos ginecológicos, a não identificação das necessidades dos cuidados profissionais desses corpos e da não compreensão das especificidades dessas mulheres, por parte das (os) profissionais de saúde.

Segundo DINIZ (2019), muitos profissionais de saúde demonstram-se despreparados para o atendimento de mulheres lésbicas, já que seguem o padrão heteronormativo nos atendimentos. Mas, essa não é uma particularidade apenas do Brasil, a literatura internacional também aponta questões relacionadas à necessidade de reconhecimento das especificidades da saúde das mulheres lésbicas.

A pesquisa realizada por Facchini; Barbosa (2006) na Rede Feminista demonstra que os profissionais solicitam menos exames para mulheres lésbicas, por exemplo, o exame

Papanicolau⁴, e quando há diagnóstico de alguma infecção sexualmente transmissível, os cuidados de saúde não se estendem à parceira. Tais estudos apontam que a saúde da mulher lésbica tem suas especificidades. Com relação ao câncer de colo de útero, por exemplo, existem evidências inquestionáveis de sua ocorrência entre as mulheres desse grupo populacional. A associação entre infecção por HPV (Papiloma Vírus Humano) e neoplasia cervical foi detectada entre mulheres homossexuais na presença e na ausência de relato de relações sexuais com homens, sugerindo a possibilidade de sua transmissão na relação sexual entre mulheres (DINIZ; KALIL, 2019 *apud* FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Considerando que essa população na maioria das vezes tem seus direitos negados, podemos citar o que BOAVENTURA, em seu artigo “A Cruel Pedagogia do Vírus”, ano 2020, denomina como os três unicórnios: o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado. Essa trilogia é extremamente perversa nos processos da desigualdade de gênero, de hierarquias e de distribuição desigual de recursos materiais, econômicos, de prestígio e reconhecimento, em termos de oportunidades de emprego, de condições socioeconômicas, no espaço social, no espaço educacional, na segurança e, principalmente, na saúde.

O debate em defesa dos direitos da população de lésbicas e bissexuais no que se refere à sexualidade e à discussão de gênero atravessa um momento de amplo crescimento, em particular por conta das transformações socioculturais no que tange à visibilidade pública do movimento de lésbicas e bissexuais na visibilidade social e política dessas mulheres e da luta pela manutenção da garantia de direitos humanos.

Levando em conta o conceito de saúde integral, que transpõe a ausência de doença e dá visibilidade a qualidade de vida e a autonomia do ser humano, podemos pensar na importância das tecnologias e das ferramentas necessárias para compreender as necessidades de cada indivíduo na saúde pública e suas singularidades, em especial, no que diz respeito ao acesso aos equipamentos de saúde pela população de lésbicas e bissexuais, que representa parte de um segmento que vivencia uma total vulnerabilidade social, possui problemas diversos de saúde dentro das suas especificidades e tem inúmeras dificuldades de acessar os equipamentos de governo.

Nesta perspectiva, é necessário que se tenha um olhar atento, que possibilite antever as especificidades, para além do que já está posto. Dessa forma, torna-se necessária a pesquisa para avaliar como as lésbicas e bissexuais em situação de vulnerabilidade ou não, conseguem ou não acessar os serviços disponibilizados nas unidades de saúde do município de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro.

⁴ Exame preventivo de colo do útero

Pensando no cenário de violações de direitos, pesquisar a ausência dessas mulheres na saúde do referido município, a presente dissertação tem como proposta refletir o lugar social e as violações de direitos que impedem o acesso dessas mulheres nos espaços de acolhimento e tratamento da saúde de forma integral. É fato inconteste que a pesquisa alimenta a epistemologia frente a realidade do mundo, fomenta o debate e consubstancia o pensar científico nas suas indagações. Portanto, segundo Minayo (2007), as investigações científicas estão relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas e são frutos de determinada inserção na realidade, nela encontramos suas razões e seus objetivos.

Diante do exposto, o processo de investigação dessa temática, no trabalho de pesquisa para dissertação de mestrado, contribuiu para abonar as minhas inquietações enquanto mulher negra, lésbica, assistente social, pesquisadora e profissional da área de saúde dentro da realidade em que trabalho. Tendo por objetivo, poder contribuir para possibilitar a criação de políticas públicas afirmativas e específicas para lésbicas e bissexuais no município de Belford Roxo, onde não haja o constrangimento que impede a garantia de acesso às políticas de saúde do município.

Para Akotirene (2019), as conquistas legais para homoafetivos servem ao controle protocolar das sexualidades homonacionais e plausibilidade das teorias pós-modernas com suas infinitas identidades e diferenças interseccionais; servem, ademais, para cumprir racismo transicionais e pós colonialistas, manter as clivagens identitárias da condução feminista branca, apta a entrecortar toda e qualquer identidade dizendo-se ocidental, LGBT. Em suma, apagando a interseccionalidade das mulheres de cor, das epistemes originais e radicalidade feministas.

Por conseguinte, é necessário não perder o olhar sobre os aspectos sociais de classe, gênero e o recorte étnico racial acerca do dizível e do indizível durante a escuta das entrevistadas para que se possa, de um modo geral, ter uma visão holística.

Com base nesse interesse de estudo e inquietações, emergem as questões norteadoras que mobilizam a presente pesquisa, tais como: de que forma o serviço de saúde no município de Belford Roxo está organizado para receber as lésbicas e bissexuais? Como pensar nos casos simples e de alta complexidade em que as mulheres não acessam os serviços de saúde? De que maneira podemos incorporar o reconhecimento social dessas mulheres nas práticas de atendimento à saúde?

Para além, a ausência de escuta durante os atendimentos realizados por profissionais de saúde e o adoecimento mental causado pelas inúmeras frustrações em busca de atendimentos infrutíferos, são pontos fundamentais, nos quais, o feminismo interseccional

aponta as opressões de gênero, a lesbofobia, bifobia, racismo, sexismo, patriarcalismo, machismo e o colonialismo, que se relacionam entre si, impedem a garantia dos direitos humanos e o acesso a saúde mostrando a face perversa do processo genocida do segmento feminino.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimento no município de Belford Roxo/RJ.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar se, existem diferenças e especificidades nos atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais, em contraponto com as demais mulheres; pesquisar as singularidades e as especificidades existentes nos atendimentos prestados a mulheres heterossexuais e às mulheres lésbicas e bissexuais; traçar um levantamento acerca da orientação sexual e da identidade sexual das usuárias (se identificadas pelas/os profissionais e/ou autodeclaradas pelas usuárias).

3. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, o direito à saúde foi reconhecido como direito humano. Baseado nesse entendimento, foi incluída como direito social na constituição brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), com garantia de acesso universal e gratuito à saúde pela população. Além disso, as instituições de saúde devem oferecer um ambiente acolhedor, livre de preconceitos e com capacidade de proporcionar atenção integral à população LGBT, com reconhecimento de suas especificidades na oferta de ações e serviços correspondentes. Porém, a referida população LGBT encontra-se às margens nesses serviços, sofre preconceito e está sujeita à falta de conhecimento dos prestadores de cuidado de saúde, resultando em mais vulnerabilidade e serviços de qualidade inferior.

Já está bem estabelecido na literatura que a discriminação e o estigma aos comportamentos sexuais que divergem do padrão heteronormativo, além de ser determinantes de saúde, uma vez que implicam em vulnerabilidades específicas e carregam forte potencial para causar sofrimento psíquico, constituem, também, uma forma de barreira simbólica ao acesso comprometendo o cumprimento dos princípios de integralidade, universalidade e equidade (LIONÇO, 2008; ASSIS; JESUS, 2012; CARRARA, 2012). Nesse sentido, foi somente na 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 2008, quando finalmente, pela primeira vez, a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde (BRASIL, 2011).

3.1 SURGIMENTO DOS DIREITOS HUMANOS: ATRAVÉS DE UM OLHAR LACÔNICO

É notório que não há relatos concretos que defina exatamente o surgimento dos direitos humanos. Não obstante, as autoras Campos e Souza 2018, por vezes, se utilizam de determinados argumentos para construir e mostrar seus pontos de vista de maneira esclarecedora. Melhor dizendo, para elas, os especialistas nos estudos sobre a evolução dos Direitos humanos e Direitos Fundamentais nos trouxeram como referências a Inglaterra, como

princípio norteador do processo, tendo como referência a Idade Média, bibliográficas Magna Charta Libertatum, no qual em 1215, firmou-se um pacto por meio do Rei João Sem-Terra, dos bispos e barões ingleses. Vale ressaltar que, embora o documento tenha sido elaborado com o objetivo de garantir aos nobres da Inglaterra alguns privilégios feudais, “por sorte”, beneficiou e serviu para dar garantia de alguns direitos e liberdades civis, tais como, habeas corpus para os devidos processos legais e a garantia da propriedade.

No entanto, Igor Sarlet (2018, p.6, apud SARLET, 2012, p. 252), afirma que

os direitos fundamentais não surgiram no mundo antigo, mas a concepção das ideias para o reconhecimento dos Direitos Humanos (entendidos como direitos inerentes à condição humana) surgiu neste período: De modo especial, os valores da dignidade da pessoa humana, da liberdade e da igualdade dos homens encontram suas raízes na filosofia clássica, especialmente no pensamento greco-romano e na tradição judaico-cristã

Todavia em que pese possa ser considerado o mais importante documento da época, a Magna Charta não foi o único, nem o primeiro, destacando-se, já nos séculos XII e XIII, as assim chamadas cartas de franquia e os forais outorgados pelos reis português e espanhóis. (2018, p. 5 e 6, apud SARLET, 2012, p. 255)

Campos e Souza 2018, com base em seus estudos, demonstram que a garantia de direitos ocorreu em tempos recenes. Tais como, a citação de VERSCHRAEGEN, no artigo” O direito à saúde na história dos direitos humanos: um breve relato”.

É somente com a chegada da modernidade que o indivíduo como tal se tornou um possuidor de direitos: a partir da Idade Média em diante, uma concepção subjectiva dos direitos foi introduzida. De acordo com Luhmann direitos subjetivos são os direitos dos que têm qualidade legal, porque eles são devido a um sujeito e, portanto, não precisa de mais base. A base legal, portanto, não mais a ordem social, mas o próprio indivíduo, aqui concebido como um sujeito jurídico. E os direitos não são mais vistos como uma coisa objetiva (*res iusta*), mas como um atributo próprio: a força de vontade (*potestas*) ou à capacidade (*facultas*) de agir livremente ou dispor sobre algo. [...] Todos os indivíduos são, então, titulares de direitos subjetivos, simplesmente porque eles são um 'sujeito', ou seja, um indivíduo que não é mais definido por seu status social, mas quem tem a capacidade de definir-se a si mesmo. (apud VERSCHRAEGEN, 2002, p. 265)

Para Oliveira *et al*:

não há que se discordar que a linguagem dos direitos humanos se tornou hegemônica global. Entretanto, o grande desafio é saber se essa linguagem poderá ser usada de forma contra-hegemônica, possibilitando que as grandes lutas contra a opressão e as injustiças tenham, de fato, efetividade; e que a dor humana, que é parte natural de populações vulneráveis, possa ser extirpada, criando um mundo onde prevaleça valores como a justiça, a dignidade e a equidade (OLIVEIRA *et tal* 2019, p. 9)

imaginar os direitos humanos como uma linguagem contra-hegemônica implica perceber porque é que tanto sofrimento injusto e tantas violações à dignidade humana não são reconhecidas como violações de direitos humanos (OLIVEIRA *et al* 2019, p 10)

Contudo, é imprescindível refletirmos que pessoas negras, deficientes, homossexuais, mulheres e tantas outras expressões de minorias estão muito mais expostas as violações de direitos e, por conseguinte, a mortes sem que seus direitos à vida, à saúde e à educação sejam garantidas em sua plenitude pelos direitos humanos.

3.1.1 A Reforma Sanitária no Brasil: compreendendo a assistência, à saúde e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)

Este tópico pretende analisar de maneira breve a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e a construção das políticas de saúde a partir do ideário da Reforma Sanitária.

As dimensões de acesso ao SUS, bem como da qualidade de seus serviços, estão ameaçadas pela existência das desigualdades sociais, a exemplo da desigualdade de gênero, que se estende para além das diferenças entre as identidades opostas, que inviabilizam a garantia do acesso integral à saúde, afetando, também, a comunidade lésbica e bissexual (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

Tais discrepâncias são pautadas em um conjunto de intenções e ações capazes de interferir no processo saúde-doença do sujeito, de forma direta ou indireta, sendo possível destacar, historicamente, no âmbito LGBT: agressões; torturas; discriminação em órgãos públicos e privados e por autoridades governamentais; discriminação econômica, contra a livre movimentação, privacidade e trabalho; segregação familiar, escolar, científica e religiosa; difamação e preconceito promovido pela mídia; insulto e preconceito anti-LGBT (GROSS; CARLOS, 2015).

Na perspectiva de enfrentamento das situações remanescentes dessas citadas e de diminuição das barreiras impostas ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, foi instituída, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSILGBT) por meio da Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, ficando a cargo das secretarias estaduais a definição das estratégias e do plano de ação para sua implementação e das secretarias municipais sua efetivação, a partir da identificação das necessidades de saúde da população LGBT em cada município (BRASIL, 2011).

No entanto, a difusão das práticas transformadoras é um grande desafio devido ao condicionamento das organizações/sistemas a fatores complexos, como as percepções individuais e coletivas sobre inovação, além das características específicas dos sujeitos e dos fatores contextuais e políticos de uma organização/sistema (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014).

3.1.1.1 A Saúde no Brasil: trajetórias na construção de políticas públicas de saúde e a população LGBT

Na seara da saúde, especificamente no Brasil, a apreensão do projeto neoliberal, a partir da década de 1990, teve início com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultando num panorama que pode ser descrito da seguinte forma:

- a) ampliação do acesso aos serviços de atenção primária;
- b) mercantilização dos serviços de nível secundário e terciário (mais de 50% da oferta está na iniciativa privada);
- c) terceirização de serviços assistenciais e terapêuticos.

Vale ressaltar que a ideia de direito à saúde aparece na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) em seu art. 25 quando afirma que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos...”, como também na Carta Magna brasileira de 1988, considerada Constituição Cidadã, nos artigos 196 a 200 que culminou no Sistema Único de Saúde (SUS), consubstanciado na Lei 8080/1990.

Observa-se, contudo um movimento contrário a essa proteção da saúde como direito fundamental do Estado, com uma retração do mesmo, sob a alegação de que não poderia arcar com todos os custos da saúde (RIBEIRO apud SILVA, 2013), embasados nos ideais neoliberais, transferindo, por consequência, para o indivíduo e para o mercado a responsabilidade pelo cuidado em saúde.

Diante da ineficácia do Estado com relação a efetividade das políticas de Saúde Pública, os cidadãos, notadamente os mais vulneráveis, buscam a solução dos seus problemas por meio do Poder Judiciário para garantia de direitos. Tal fenômeno é denominado "judicialização da saúde" e para alguns autores "judicialização da política". Pode-se citar como exemplos a busca de internação de pessoas vítimas da Covid 19 em CTI, enfermarias

como também para aquisição de medicamentos não disponibilizados ou faltantes na grade da assistência farmacêutica. Lamentavelmente, o Brasil ocupa o segundo lugar do mundo em número absoluto de mortes por Covid 19, atrás apenas dos Estados Unidos.

Desse modo, o SUS enquanto política inovadora cujos princípios são: a universalidade de acesso aos serviços, integralidade de assistência, igualdade de assistência sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie dentre outros, vem encontrando obstáculos à sua efetivação, principalmente no contexto atual conservador e reacionário, marcado pela política neoliberal que visa o desmonte de direitos sociais historicamente conquistados.

Quanto a saúde da população LGBT e a luta dos movimentos sociais, historicamente, parte deste grupo populacional vive em condições análogas e de total vulnerabilidade social. No entanto, graças a pressão dos movimentos sociais e a abertura do diálogo com o poder público, a Política Nacional de Saúde LGBT surgiu como um avanço histórico e possibilitou o reconhecimento das especificidades em relação as demandas para a consolidação de políticas de saúde específicas para população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Discorresse que o direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988.

No texto constitucional, a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nessa concepção, podemos pensar que a saúde é decorrente do acesso das pessoas e das coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. Nesse segmento, a saúde, a previdência e a assistência social integram o tripé do Sistema de Seguridade Social e essa conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

Cumprir destacar, ainda, que a Política Nacional de Saúde LGBT foi um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população em condição de vulnerabilidade. Ela também é um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A perceptibilidade das questões de saúde da população LGBT consubstanciou-se a partir da década de 1980, no instante em que o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos homossexuais. O posterior reconhecimento da complexidade da saúde da população LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo em outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas

em saúde dando à política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado.

Sua formulação contou com participação de diversas lideranças, técnicos e pesquisadores, e foi submetida à consulta pública antes de ser apresentada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Sua formulação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) e que atualmente compõe o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH).

Já em 1983, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado a partir da confluência de forças dos movimentos de mulheres e sanitarista, ampliou a concepção até então hegemônica de “saúde da mulher”, restrita à atenção ao pré-natal e ao parto, construindo uma proposta de atenção à saúde que tomasse as mulheres na sua condição de cidadãs, portadoras de múltiplas necessidades de saúde, às quais o Estado deveria responder.

Nesse sentido, cumpre mencionar:

demonstram de forma didática, {...que “gênero” e “mulher” não são sinônimos; logo, não é apenas no seu componente de atenção à saúde da mulher que a política de saúde pública deve incorporar a dimensão de gênero....}, em todos os aspectos das políticas públicas (FERRAZ; KRAICZYK, 2010, p. 49).

Vale destacar o adoecimento mental por conta das desigualdades de gênero:

no campo da saúde mental, as desigualdades também são muitas, manifestas na ocorrência dos mais diferentes transtornos (Ferraz & Araujo, 2003). A depressão, por exemplo, ocorre com frequência duas vezes maior nas mulheres que nos homens, o que está associado não somente à depreciação social das características femininas, mas também ao atravessamento dos estereótipos de gênero no diagnóstico: mesmo quando apresentam sintomas idênticos, a probabilidade do médico diagnosticar a depressão em mulheres é significativamente maior do que nos homens (OMS, 2002)

Já refletindo sobre Gênero e Saúde, as experiências atuais no âmbito do SUS - a política de DST e AIDS e a resposta à feminização da epidemia permitem que Ferraz e Kraiczky tragam para o debate um olhar de que a política de DST e AIDS merece lugar de destaque nesta discussão, não apenas pelas inconstantes relações entre a epidemia e a configuração das relações de gênero, mas também pela significativa ampliação do conhecimento das relações entre gênero, sexualidade e saúde que adveio da emergência da epidemia.

No início dos anos de 1980, foram registrados os primeiros casos de DST / AIDS no Brasil e o conhecimento que se tinha sobre sexualidade era nenhum para dar conta de responder todos os desafios e as demandas capaz de responder todos os mistérios que adoeciam os corpos humanos. Como todas as epidemias, existe uma enorme busca por respostas eficazes, capazes de promover práticas de prevenção para os grupos mais acometidos pela doença. Entre eles, os homossexuais, as pessoas usuárias de drogas e as pessoas hemofílicas.

Segundo Barbosa e Aquini, apud, 2003, as pessoas hemofílicas passaram a ter seu sangue testado no âmbito da saúde. No entanto, para a população usuária de drogas e homossexuais, o preconceito e o descaso do poder público, precisou que a próprio movimento social criasse estratégias de prevenção e trouxe alguns apontamentos sobre as políticas de prevenção a DST/AIDS. O que até hoje perpetua nas políticas afirmativas de prevenção.

Falando de gênero, “O crescimento do número de casos por transmissão sexual e, conseqüentemente, do número de mulheres infectadas, por exemplo, tornou evidente que não somente a estigmatização relacionada às práticas sexuais ou estilos de vida, mas também as desigualdades produzidas por outras dimensões de relações de poder – relações de gênero, classe, etnia, geração – tornavam alguns grupos mais suscetíveis à infecção pelo HIV que outros (apud Parker, 2002a)”. Dessa forma, o plano e a ação intersetorial têm ganhado ênfase na política de aids, como se pode perceber pelo lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (Brasil, 2007).

Já a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é um marco importante ocorrido ao longo dos anos noventa. Ela surge para o fortalecimento do debate acerca da necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde voltadas especificamente para a população masculina, com enfoque de gênero. Segundo Schraiber, Gomes e Couto, (2005), dentre os benefícios potenciais da entrada da temática da masculinidade no campo dos estudos de gênero e saúde destacam-se: o estímulo para que cientistas e formuladores enfrentam as questões inter-relacionais entre os gêneros, a entrada de novos olhares para objetos antigos no campo da saúde de mulheres e homens e a reiteração do entrelaçamento existente entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Por último, Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, tem muita importância na incorporação e na ampliação dos debates sobre gênero e saúde com a intenção de destacar a multiplicidade no que tange a construção de identidades de gênero e das orientações sexuais que constituem a especificidades das pessoas humanas, para além da classificação dos sujeitos em homens e mulheres unicamente a partir do binarismo.

Ainda no âmbito da concepção das autoras supracitadas, os dados da pesquisa “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, não deixam dúvida quanto à gravidade do preconceito da população brasileira em relação aos segmentos LGBT: 11 em cada 12 brasileiros concordam com a afirmação de que “Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”. O índice de homofobia, construído a partir dos dados da pesquisa, indica que um quarto – 25% - da população brasileira é homofóbica.

Dito de outro modo, a política se baseia, então, em ações transversais em diversas áreas da política de saúde, como a inclusão da temática da atenção integral à população LGBT na formação permanente dos trabalhadores do SUS, a inclusão de quesitos orientação sexual, identidade de gênero e étnico-racial nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e a sensibilização dos profissionais de saúde acerca das especificidades da população LGBT para a promoção de ações de prevenção de DST/AIDS, câncer de colo uterino e de mama, entre outras.

3.1.1.1.1 Fundamento histórico da homossexualidade

Neste item, pretende-se abordar alguns marcos teóricos sobre a trajetória do movimento das lésbicas, bissexuais e dos direitos humanos, possibilitando compreender as trajetórias sociais e políticas dos movimentos que consolidaram os marcos teóricos LGBTIA+ e fomentaram a construção de ações afirmativas nas reivindicações dos direitos humanos.

Falando em "tabu", pode ser seguro dizer que desde o início a grande marca do "tabu" foi colocada na sexualidade. Pode ser surpreendente perceber que esse "tabu" se estendeu ao mundo científico. Não foi até 1886 quando o estudo científico da sexualidade começou. Até aquele momento, as ideias das pessoas sobre o que era "normal" baseavam-se em suas próprias ideias dentro de seu próprio círculo social, ou grupo de referência. Desde então, várias pessoas deram contribuições muito significativas ao estudo da sexualidade. À medida que alcançamos uma compreensão maior da sexualidade, nossos pontos de vista sobre a sexualidade se tornaram mais liberais para refletir essa compreensão maior da gama de variedade da sexualidade humana e uma compreensão mais ampla do "normal".

A interface entre ciência e cultura é fortemente ilustrada pela mudança histórica ocorrida na comunidade profissional e científica da saúde mental em relação à homossexualidade. Antes de 1975, a homossexualidade era considerada patológica. No entanto, desde então, o consenso contemporâneo é que a homossexualidade e toda a gama de orientação sexual reflete a variação humana normal e têm uma etiologia biológica.

Segundo Galupo (2014), um dos primeiros pioneiros da pesquisa sexual foi Alfred Kinsey, Ph.D. e muitas vezes ele é creditado por promover essa mudança histórica. Kinsey é considerado uma figura central na história das ciências sexuais, principalmente por suas contribuições a respeito de uma compreensão mais ampla da orientação sexual. A orientação sexual geralmente reflete sentimentos sexuais, desejo, excitação, fantasia e atração. A maior contribuição do Dr. Kinsey para a ciência sexual foi a realização de 17.000 entrevistas com americanos sobre suas vidas sexuais. Alguns criticaram a pesquisa do Dr. Kinsey porque contou com voluntários, criando uma amostra tendenciosa. Isso ocorre porque os indivíduos que se voluntariam para participar de pesquisas sobre sexo tendem a ser mais liberais do que aqueles que não se voluntariam para participar (e, portanto, não estão representados na amostra, tornando-a tendenciosa).

Apesar disso, uma de suas contribuições mais famosas foi a escala de Kinsey, que é uma escala de 7 pontos, frequentemente usada para medir a orientação sexual. Na época em que Kinsey conduzia sua pesquisa, homossexualidade e heterossexualidade eram consideradas categorias separadas e mutuamente exclusivas: você era heterossexual ou gay. Período. Em vez disso, Kinsey propôs que era mais correto ver a orientação sexual ao longo de um continuum, em vez de uma categoria ou-ou. Em outras palavras, não é se você é ou não heterossexual ou homossexual, é o quão heterossexual ou homossexual você é? Um "0" na escala de Kinsey representa heterossexualidade exclusiva, enquanto um "7" representa homossexualidade exclusiva e um "3" representa bissexualidade.

Cumprir destacar que o debate e a controvérsia sobre a orientação sexual têm uma longa história no mundo da saúde mental e as discussões sobre se a orientação sexual pode ou não ser mudada existem desde que a própria homossexualidade (HALDEMAN, 1994). Esses debates geralmente refletem a poderosa interface entre as ciências sociais e a cultura. Essa interface é ilustrada pela mudança histórica ocorrida em relação às determinações diagnósticas de patologia sexual, conforme determinado pelo consenso da *American Psychological Association*.

Antes de 1975, o consenso da comunidade psicológica era que a homossexualidade era uma doença. Na ausência de estudos científicos, o consenso da época refletia a visão predominante da cultura mais ampla. Visto que a homossexualidade era considerada patológica, "tratamentos" eram discutidos e planejados. Médicos, terapeutas e líderes religiosos tentaram reverter a homossexualidade usando terapia psicanalítica, oração e intervenções espirituais, choque elétrico, drogas indutoras de náusea, terapia hormonal e

cirurgia. Além disso, tratamentos comportamentais, incluindo recondicionamento masturbatório e visitas a prostitutas, têm sido usados para "curar" a homossexualidade.

Apesar do fato de que a homossexualidade não é mais considerada um transtorno mental pela *American Psychological Association*, alguns profissionais de saúde mental em várias disciplinas ainda continuam a tentar tratar a homossexualidade como um transtorno a ser "consertado". Claramente, tenta reverter ou mudar algo implica que esse algo é indesejado e prejudicial à saúde (MURPHY, 1992).

Importante ressaltar que em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais promovendo intensa mobilização de governo e da sociedade civil, tanto nas 27 conferências estaduais, como na etapa nacional que reuniu mais de 600 delegados (BRASIL, 2013, p. 12).

Durante a referida conferência, as pautas principais foram a despatologização da homossexualidade por legislação antidiscriminatória e a importância da compreensão e do reconhecimento de que a discriminação por conta da orientação sexual e identidade de gênero, impede diretamente o acesso a saúde de LGBTQI+ e causa um adoecimento mental a essas pessoas.

4. O ESTUDO DE GÊNERO, IDENTIDADE DE GÊNERO, ORIENTAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE: PENSANDO AS SINGULARIDADES E A CONSTRUÇÃO DESSAS IDENTIDADES

Refletindo sobre questionamentos para se discutir as questões de gênero, o processo de transição feminino, a sexualidade e a discussão do feminismo, Navarro-Swain (2000) discorre sobre o que pode ser definido como lesbianismo, que não se restringe apenas à descrição de comportamentos. Para a autora, é necessário compreender quando se pensa em lesbianismo, o que gravita ao redor das práticas sexuais das mulheres em questão, qual seja, como esta experiência insere-se nas relações sociais e como é integrada ou margeada no discurso da História. De acordo com a autora citada:

a História, esta narrativa que recorta a vida e o passado em textos produzidos segundo a percepção da realidade dos historiadores, esconde e ignora imensos períodos do viver humano. Ilumina e descreve, analisa e proclama uma ordem, uma lógica, nos eventos que por serem escolhidos, se tornam importantes. Assim, as relações sociais que escapam aos modelos concebidos são marginalizadas, esquecidas ou eliminadas da historiografia, este grande conjunto de histórias que compõem a memória do vivido” (NAVARRO-SWAIN, p. 12)

Segundo a autora, o silêncio histórico em que se pautou a experiência feminina da homossexualidade foi sustentado por uma política do esquecimento, ou seja, o modelo patriarcal que promoveu visibilidade e ascensão do masculino, além de renegar o importante

papel do feminino neste registro, também obscureceu a experiência afetivo-sexual que dispensava a presença masculina.

De acordo com Facchini; Barbosa (2006), no Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas Promoção da Equidade e da Integralidade:

a escassa, ou quase inexistente, produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil; a inexistência de políticas de saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população; o precário conhecimento sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, convertem-se, no âmbito da saúde pública, por exemplo, no desperdício de recursos, no constrangimento produzido no atrito das relações no interior dos serviços de saúde, na assistência inadequada, e muito provavelmente num contingente de mulheres que não obtiveram seu diagnóstico, nem seu tratamento (FACCHINI; BARBOSA, 2006, p. 29)

4.1 A QUESTÃO ÉTNICO-RACIAL E AS VIOLAÇÕES DE DIREITOS HUMANOS

Segundo informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população do Brasil é constituída por 200 milhões de habitantes. Sendo que 54 % são representados por pretos e pardos. Embora sejam maioria, infelizmente não há visibilidade social, não aparece de forma igualitária em suas representações nos espaços políticos e tão pouco, de poder aquisitivo. Contudo, essa população é representada nos índices de desigualdades sociais. Podemos identificar nas crianças que iniciam seus estudos de forma tardia, no índice de pessoas negras no sistema prisional, nos subempregos e nas mortes violentas. Para a Organização das Nações Unidas, a população negra sofre por não conseguir oportunidades de acesso aos seus direitos.

a população negra e indígena ainda encontra dificuldades para saber como acessar seus direitos, devido às deficiências na prestação jurisdicional pelo Estado, à falta de informação e ao preconceito e à discriminação existente no sistema de justiça, produto do racismo institucional (ONU, 2011, p. 13)

Em 1989, tensionando regulamentar a disposição constitucional, foi promulgada a Lei nº 7.716, mais conhecida como Lei Caó, em que são definidos os crimes resultantes de preconceito de raça ou de cor. A Constituição já era explícita, ao repudiar o racismo como uma prática social, considerando-o crime imprescritível e inafiançável.

Silvio Almeida, 2018

a discriminação racial, por sua vez, é a atribuição de tratamento diferenciado a membros e grupos racialmente identificados. Portanto, a discriminação tem como

requisito fundamental o poder, ou seja, a possibilidade efetiva do uso da força, sem o qual não é possível atribuir vantagens ou desvantagens por conta da raça. Assim, a discriminação pode ser direta e indireta

Desta forma, Silvio, nos traz a reflexão sobre a perversa forma do racismo estrutural e sua discriminação direta e indireta. Ou seja, para ele a forma de discriminação direta está relacionada ao repúdio ostensivo a indivíduos ou grupos, impedindo o acesso dessas pessoas ou de um grupo por motivação racial. Já a discriminação indireta, existe um processo de discriminação, mas, contudo, um processo de invisibilização ou neutralidade dessa discriminação e ou dos impactos no indivíduo ou na coletividade do segmento étnico-racial.

A experiência de discriminação de uma pessoa está frequentemente associada aos efeitos combinados de vários motivos. Com base em sua combinação única de identidades, as pessoas podem ser expostas a formas específicas de discriminação e podem sofrer dor pessoal significativa e danos sociais decorrentes de tais atos de discriminação. Quando falamos de questão étnico-racial queremos dizer que a sociedade em que vivemos contém diversos problemas ou questões sociais. Dentre eles, destacamos o étnico-racial. O raciocínio é este: Temos uma sociedade que, devido a sua lógica organizacional, gera diversos problemas. Esses problemas se manifestam de diversas formas, dentre elas, está a forma étnico-racial.

Sueli Carneiro, em uma entrevista ao rapper Mano Brown, em 06.06. 2022, aponta um genocídio que tem ceifado vidas de pessoas jovens negras. Ela, define a situação como um projeto deliberado de extermínio da população negra, tendo como início o século XIX: disse ela:

eles assinaram uma abolição que significava: vocês estão livres para morrer na sarjeta desse país. Não tinha um projeto de inclusão, não tinha um projeto de Reforma Agrária que nos permitisse lidar coma terra, não havia nenhum projeto educacional, Fomos jogados na lata do lixo das cidades brasileiras.

A afirmação moderna do indivíduo como sujeito universal de direitos valeu-se da ausência de reconhecimento da diversidade social e, portanto, de um sujeito contextualizado, histórico, com necessidades específicas. Isso se deu para sustentar o mito liberal de que por sermos todos racionais, somos todos livres e iguais, o que possibilitou a idealização de um Estado neutro e não interventor.

Neste contexto, as categorias “gênero” e “direitos humanos” começam a ser utilizadas como ferramentas de análise das relações sociais, indicando como a hierarquização das diferenças, fundadas em valores culturais, revelam-se no seio de uma sociedade, gerando desigualdades (SCOTT, 1995). Estas semeiam terreno fértil para o surgimento da violência e

todas as formas de discriminação, em todas as esferas de participação da vida em sociedade, principalmente quando a pessoa é mulher, pertence a uma minoria étnico-racial (como as negras no Brasil), e a uma classe social desfavorecida.

4.1.1 Invisibilidade ou invisibilização: causas e efeitos na ausência dos atendimentos à saúde

O presente item tem por objetivo refletir sobre os aspectos que impedem o acesso de lésbicas e bissexuais aos serviços de saúde. Cabe destacar que, tanto a literatura (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; HORST, 2015) quanto a própria Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT dão ênfase à necessidade de reformas curriculares e estabelecimento de campanhas e programas de educação permanente para profissionais de saúde. Em função da realidade de um preconceito encarnado na sociedade e sustentado em discursos religiosos, científicos e em diversas manifestações na mídia de massa, a efetivação das ações em curto e médio prazo depende do desenvolvimento de um programa educacional para profissionais de saúde, o qual deve ser tratado como uma prioridade e ultrapassar a mera realização de campanhas e inclusão de informações em material didático.

as consequências causadas pela rejeição social resultam em discriminações e exclusões refletindo na forma de atendimento e acolhimento que esses sujeitos recebem em diversas instituições, pautado em intervenções na maioria das vezes não humanizadas (Shihadeh et al., 2021 p 173)

A elaboração de programas de educação permanente no curso de implantação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT propondo estratégias mais adequadas a uma reflexão aprofundada dos profissionais sobre o tema, com capacidade de abalar a rigidez dos preconceitos desenvolvidos em toda uma história de vida, necessita de um conhecimento sobre como se estrutura as práticas discursivas e as condutas discriminatórias e como eles vão impactar as relações de assistência com a população LGBT em todos os níveis de complexidade.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio da investigação dos sujeitos que contribuem para a construção do processo de atendimento nas unidades de saúde no que tange o atendimento das mulheres heterossexuais e das lésbicas e bissexuais, inicialmente, por meio dos gestores e profissionais que atuam na ponta dos atendimentos nas unidades de saúde do município de Belford Roxo.

Mediante entrevistas semiestruturadas – que combinam perguntas fechadas e abertas, em que a(o) entrevistada(o) tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A pesquisa se propôs a colher os dados pessoais das pessoas entrevistadas, tais como: idade, raça, gênero, religião, orientação sexual e escolaridade, tempo de formação, se possui ou não especialização ou residência.

Todavia, este projeto de pesquisa qualitativa, se utilizou, portanto, como instrumento e técnica de investigação no trabalho de campo, a entrevista, fazendo uso das técnicas principais e privilegiadas de comunicação. Tendo como sujeitos da pesquisa profissionais de saúde, a gestão que compõe a equipe da secretaria executiva do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS); Complexo Regulador do Município (Ouvidoria); clínica da Mulher Profa. Fernanda Bicchieri; Posto de Saúde Neuza Goulart Brizola (NGB); Hospital Municipal de Belford Roxo e a coordenação da Vigilância Epidemiológica.

A pesquisa de abordagem qualitativa pode descrever a complexidade de determinado

problema e analisar a interação de algumas variáveis, além de classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, visando contribuir no processo de mudança de determinado grupo, possibilitando o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. Nesse sentido, a pesquisa qualitativa visa estudar o fenômeno social com base na subjetividade do sujeito pesquisado (LAKATOS; MARCONI, 2010).

Essa abordagem foi escolhida porque permite ao pesquisador entender a essência da realidade concreta e a compreensão de processos sociais e fenômenos intrínsecos à vida humana: “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos 36 fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2015, p. 21)

Diante do exposto, a pesquisa debruçou-se, também, sobre o conceito gênero e sexualidade e de temas como: saúde, política de saúde, direitos humanos, feminismo, lesbianidade, bissexualidade, racismo, luta de classe, e o processo das ausências em suas dimensões estruturais nas interseccionalidades e nas políticas públicas e sociais a partir de uma pesquisa qualitativa.

Para Minayo (1996), a compreensão do estudo na saúde só pode ser alcançada dentro de uma sociologia de classes que: a) perceba as especificidades dos sistemas culturais e de subculturas dominadas em suas relações contraditórias com a dominação; b) defina a origem e a historicidade das classes na estrutura do modo de produção; e c) é necessário que se trabalhe com instrumentos para perceber o caráter de abrangência das visões dominantes e engendrar sua realização tanto nos espaços formais da economia e da política como nas matizes essenciais que atravessam esse grupo populacional. Assim como, se faz necessário levar em consideração os espaços de conflitos, contradições, subordinações, interseccionalidades e resistências tanto no contexto dos espaços públicos quanto privados.

Considerando a saúde das mulheres lésbica e bissexuais, vale ressaltar que o direito à saúde no Brasil é fruto da luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). No que tange o texto constitucional, a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nessa concepção, podemos pensar que a saúde é decorrente do acesso das pessoas e das coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais.

Nesse segmento, a saúde, a previdência e a assistência social integram o tripé do Sistema de Seguridade Social e essa conquista representa o compromisso e a responsabilidade

do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194). No entanto, pensando que em algumas unidades de saúde, a porta de entrada dos serviços é assumidamente conservadora, racista, sexista, homofóbica, xenofóbica, higienista e fundamentalista, em profundo descompasso com os princípios que regem o Estado laico, inexistente a preocupação com adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a produção de equidade em saúde de grupos em situações de vulnerabilidade e, em especial, com a produção de informação e comunicação em saúde.

Pelo contrário, é nítida, pública e notória a omissão de alguns profissionais no que diz respeito ao acesso à saúde, a exposição e o constrangimento da população LGBT e, sobretudo, com as lésbicas e bissexuais. Dessa forma, podemos refletir que o processo que constroem as políticas deve ser articulado com o poder público e a representatividade da sociedade.

Contudo, todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados, pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências de ser humano enquanto ser total (MINAYO, 1996).

Vale destacar, o adoecimento mental por conta das desigualdades de gênero:

a depressão, por exemplo, ocorre com frequência duas vezes maior nas mulheres que nos homens, o que está associado não somente à depreciação social das características femininas, mas também ao atravessamento dos estereótipos de gênero no diagnóstico: mesmo quando apresentam sintomas idênticos, a probabilidade do médico diagnosticar a depressão em mulheres é significativamente maior do que nos homens (OMS, 2002)

Sobretudo, é a partir desta concepção de totalidade que a presente pesquisa se propõe a abordar os temas primordiais deste estudo. Destarte, será necessário revisitar a bibliografia sobre política de saúde, políticas sociais, racismo, relações de gênero e sexualidade nas ciências sociais e principalmente no que se refere a Saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, possibilitando a inclusão dos aspectos históricos e o aprofundamento dos princípios e fundamentos do tema central. O passo seguinte desta pesquisa qualitativa será a investigação dos sujeitos que contribuem para a construção do processo de atendimento nas unidades de saúde no que tange o atendimento das mulheres heterossexuais e das mulheres lésbicas e bissexuais, inicialmente, por meio dos gestores e profissionais que atuam na ponta dos atendimentos nas unidades de saúde do município de Belford Roxo. Pretende-se fazê-la mediante entrevistas semiestruturadas.

De acordo com Minayo (2007) a pesquisa qualitativa permite responder determinadas questões de forma muito particulares, para ela, a pesquisa ocupa nas Ciências Sociais, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, permite tratar um universo de significados, de aspirações, de crenças, de motivos, de valores e de atitudes.

Vale ressaltar, que tal conjunto de fenômenos humanos faz parte da realidade social, principalmente, por compreendermos que a pessoa humana se distingue não tão somente pela sua forma de agir, mas sobretudo por pensar o que faz e por avaliar e analisar suas ações dentro e a partir da realidade vivida na sociedade. Importante pensar que todo processo de investigação se inicia por uma inquietação, por uma questão, por um olhar voltado a problemática, por uma observação e principalmente por uma dúvida. Para responder a esse movimento do pensar, faz-se necessário fazer uma articulação entre o que se tem anteriormente sobre a temática e ou trabalhar no desafio da criação de novos arcabouços teóricos e referenciais. Todavia, este projeto de pesquisa qualitativa utilizará, portanto, como instrumentos e técnicas de investigação no trabalho de campo a entrevista, se utilizando das técnicas principais e privilegiadas de comunicação.

O trabalho de campo permite a aproximação da pesquisadora com a realidade sobre a qual formulou suas perguntas e hipóteses, assim como, permitirá que haja uma interação com as “atoras” e os “atores” que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo para quem faz pesquisa social. A entrevista é, precipuamente, uma conversa entre duas pessoas, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa da entrevistadora. Contudo, a entrevista tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pela entrevistadora, de temas igualmente pertinentes com vistas a este objeto (Minayo, 2007).

Por conseguinte, na Saúde do Município de Belford Roxo/ Rio de Janeiro serão realizadas entrevistas semiestruturadas – que combinam perguntas fechadas e abertas, em que a (o) entrevistada (o) tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A pesquisa não se furtará de colher os dados pessoais das pessoas entrevistadas, tais como: raça, gênero, religião, orientação sexual e escolaridade.

5.1 MÉTODO DE PESQUISA

Quanto à metodologia da pesquisa, tomamos como base a autora Maria Cecília de Souza Minayo (2007), na qual segundo a autora, se compreende por metodologia os caminhos

do pensamento e o aprendizado exercitado e adquirido na abordagem da realidade, isto é, a metodologia nos possibilita construir (o método) simultaneamente através da teoria e da abordagem.

Já as técnicas são os instrumentos de operacionalização do conhecimento, da criatividade e das atribuições da/o pesquisadora/or, das suas experiências, da sua capacidade pessoal e sua sensibilidade. Certamente, a metodologia ocupa um lugar de suma importância no interior das teorias e está referida a essas teorias. Enquanto dimensão dentre as concepções teóricas de abordagem, a metodologia e a teoria caminham de forma mútua e com reciprocidade. Considerando um conjunto de técnicas, a metodologia deve ser organizada através de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática (MINAYO, 1996, 2007). Ainda de acordo com ela: “o endeusamento das técnicas produz um formalismo árido ou respostas estereotipadas. Seu desprezo, ao contrário, leva ao empirismo sempre ilusório em suas conclusões, ou a especulações abstratas e estéreis” (MINAYO, 2007, p. 15).

5.1.1 Sítio de Estudo

O ano de 1888 foi literalmente um divisor de águas para o início da história de Belford Roxo, município da Baixada Fluminense/ RJ. Durante este período, ocorreu uma das piores e longa estiagem na Baixada. Com o objetivo de solucionar a situação de maneira rápida, o governo sugeriu várias propostas, entre elas, a do Engenheiro Paulo de Frontin, que sugeriu captar em seis dias, 15 milhões de litros de água para a Corte. Tornando a proposta conhecida como “Milagre das Águas”. Um ano após o ocorrido, um dos principais colaboradores de Paulo de Frontin, o inspetor Geral de Obras Públicas – Raymundo Teixeira de Belford Roxo, foi a óbito.

Considerada como uma pequena vila chamada o Brejo, o município teve outros nomes, tais como: Santo Antônio de Jacutinga, Ipueiras e Cambalacho Brejo. Tornando-se Belford Roxo, em homenagem ao inspetor Geral de Obras Públicas.

Belford Roxo é um território da Baixada Fluminense, na metrópole do Rio de Janeiro, situado no estado do Rio de Janeiro. Está localizado ao norte da capital do estado, há cerca de 20 km e possui uma área de cerca de 79 km². Surgiu da velha Fazenda do Brejo, onde havia um engenho de açúcar no início do século XVII.

A emancipação do distrito de Belford Roxo ocorreu já no ano de 1990. Tornou-se município, após emancipação da cidade de Nova Iguaçu sendo o quinto desmembramento

ocorrido no território da antiga Vila de Iguassú; o primeiro foi o que deu origem à Vila da Estrela, ainda no século XIX, seguido da emancipação de Duque de Caxias, em 1943; e, pouco depois, das emancipações de São João de Meriti (desmembrado de Duque de Caxias) e de Nilópolis, ambas ocorridas em 1947. Durante a década de 1990, ainda houve os desmembramentos dos distritos de Queimados, em 1990, Japeri, em 1991, e Mesquita, em 1999, o que fez restar, do território original da Vila de Iguassú, apenas o município de Nova Iguaçu com seus limites atuais.

A cidade vive em sua maioria apenas do comércio local, embora tenha situada em seu território a indústria química Bayer. A quantidade de salário-mínimo médio mensal (SM) acabou por sofrer variações, saindo de 2,3 em 2010, alcançando 2,4 entre 2,11 e 2,15 e reduzindo para 2,1 em 2,18. Levando em conta o comparativo da região em 2018, embora tenha diminuído seus valores, Belford Roxo assumiu o 9o lugar dos 22 municípios, em relação aos maiores salário médios mensais.

No entanto, o município ganhou notoriedade a partir da implantação da escola de samba, Inocentes de Belford Roxo, que desfila anualmente no Carnaval da cidade do Rio de Janeiro. Atualmente o município é o sétimo mais populoso do Rio de Janeiro e possui um dos maiores valores de PIB do estado.

Apesar disso, sua renda per capita é uma das mais baixas do estado. Ao comparar seus indicadores sociais com outras cidades do estado, como Niterói, e Petrópolis, percebe-se que o município oferece uma infraestrutura de serviços básicos, com padrões menores que os demais municípios vizinhos. Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é 0,684, o que apesar de ser considerado médio por cálculo do IBGE/2010, segundo os padrões da ONU, se encontra criticamente abaixo da média do estado do Rio de Janeiro (0.768), e da média brasileira (0.744).

Segunda as análises e divulgações dos últimos dados do ISP (Instituto de Segurança Pública), 2011, na sexta edição do Dossiê Mulher, as circunscrições da 54a Delegacia de Polícia, Belford Roxo, foi apontada como um dos espaços que concentra os maiores números registrados de estupros. Já em 2021 (16. ed.), dez anos depois, ainda com base no ISP/Dossiê Mulher, Belford Roxo é um dos municípios com 1.014 notificações de vítimas acometidas pela Violência Física, 152 Violência Sexual, 902 Violência Psicológica, 530 Violência Moral e 152 Violência Patrimonial. Dessa forma, podemos perceber a total vulnerabilidade das mulheres no município.

Sem contar, que se observam em alguns municípios da Baixada Fluminense, o não cumprimento de medidas protetivas de urgência nas cidades de São João de Meriti, Mesquita, Nilópolis, Queimado, Nova Iguaçu, Duque de Caxias e Belford Roxo.

Ramos & Carraras (2006), afirmam que o alto índice de violência contra a população de lésbicas e bissexuais registrados nas escolas, por exemplo, indicam a necessidade de mais pesquisas e da criação de programas especiais envolvendo autoridades educacionais, professores e alunos. As violências conjugais, especialmente graves e invisíveis entre lésbica, são temas que o movimento LGBT tem que enfrentar, levando em conta as especificidades das diversas identidades sexuais. Contudo, não se sabe exatamente o número de mulheres lésbicas e bissexuais acometidas por toda essa violência no município de Belford Roxo.

Na saúde o município disponibiliza de algumas unidades situadas em alguns bairros distantes do centro. No entanto, a SEMUS, a Clínica da Mulher Profa Fernanda Bicchieri Soares, o Posto Saúde Neuza Goulart Brizola (NGB) e o Hospital Municipal de Belford Roxo, único hospital no atendimento de urgência e emergência no município, encontram-se na área central do município de Belford Roxo.

5.1.1.1 Sujeitos da Pesquisa

Participaram da entrevista de pesquisa 12 (doze) profissionais ativas da saúde no município de Belford Roxo, com faixa etária, religiosidade, raça, orientação sexual, tempo de serviço e formação acadêmica de diversas áreas. Sendo uma sem formação acadêmica e uma não declarou se possui ou não formação acadêmica (**Quadro 1**).

As entrevistas foram realizadas com profissionais de saúde, no exercício de sua profissão: 1 Coordenadora da equipe do Serviço Social na Saúde, 1 Assistente Social e 1 funcionária da ouvidoria da SEMUS; 1 Assistente Social e 1 psicóloga que compõem a equipe da Clínica da Mulher Profª Fernanda Bicchieri Soares: clínica especializada no atendimento à saúde da mulher, situada no centro de Belford Roxo; 1 Assistente Social e 1 Médica Psiquiatra do Neuza Goulart Brizola (NGB), policlínica de atendimento à população em geral, com especialidades em clínica médica, psiquiatria, neurologia, angiologia, hiperdia e nutrição, situada no centro de Belford Roxo; 1 Assistente Social, 1 Enfermeira, 1 Médica da sala vermelha (porta de entrada da unidade hospitalar), 1 Responsável Técnica de Prevenção a Violência e a Cultura da Paz e 1 Auxiliar de Serviços Gerais do Hospital Municipal de Belford Roxo. Vale ressaltar que é o único hospital no atendimento de urgência e emergência no município.

Foi utilizado um diário de campo para registrar o cotidiano da instituição cujas anotações servirão de confronto entre os relatos das entrevistas e os fenômenos observados. E para tratar do contexto histórico, social e político, na qual se insere o objeto desse estudo, será utilizada, ainda, consulta bibliográfica em livros, teses, dissertações e artigos de jornais, revistas e de internet que tenham relação com o tema proposto.

Este estudo consubstanciou-se a partir de uma perspectiva dialética cujos dados coletados foram problematizados dentro do contexto histórico e social. Assim de antemão realizamos um levantamento dos estudos relacionados às especificidades da pesquisa, revisitamos bibliografias e documentos governamentais referentes ao tema, tais como, gênero, sexualidade, a construção de uma pré-política e políticas públicas voltada para mulheres e mulheres lésbicas/bissexuais.

Foi imprescindível, ainda, consultar todo o arcabouço teórico e metodológico que trate desta temática. Assim, acreditamos que a presente pesquisa possa corroborar para que haja uma melhor compreensão sobre as políticas públicas de atendimento à saúde das mulheres lésbicas e bissexuais, possibilitando verificar se são atribuídas algumas especificidades no atendimento a mulheres lésbicas e bissexuais ou se existe uma invisibilização desse segmento. A abordagem da questão das mulheres lésbicas e bissexuais, demandou alguns trânsitos por outras áreas do conhecimento, em especial a saúde coletiva. Por este ângulo, nos foi possível pensar na importância das tecnologias e das ferramentas necessárias para compreender as necessidades de cada indivíduo e sua singularidade. Nesta perspectiva, se fez necessário um olhar atento, que possibilitasse antever as especificidades, para além do que já está posto.

A pesquisa enfrentou algumas dificuldades, por se tratar de um assunto ainda pouco discutido e de cunho invisível perante a sociedade e o poder público, contudo, é absolutamente exequível.

QUADRO 1. Caracterização dos participantes da pesquisa, Belford Roxo, 2022.

	IDADE	ORIENTAÇÃO SEXUAL	IDENTIDADE DE GÊNERO	RELIGIÃO	RAÇA	PROFISSÃO	TEMPO DE FORMAÇÃO	INSTITUIÇÃO DE FORMAÇÃO	ESPECIALIZAÇÃO
S 1	51	Heterossexual	Feminino	Católica	Branca	Psicóloga	30 anos	Gama Filho	Especialização em psicologia social e clínica; políticas públicas formadas por

									evidências
S 2	57	Heterossexual	Feminino	Católica	Negra	Assistente Social	32 anos	UFF	Especialização em saúde mental, gestão e atendimento materno e infantil,
S 3	28	Lésbica	Feminino	Não declarou	Parda	Médica	6 meses	UNIG	Não tem
S 4	56	Heterossexual	Feminino	Protestante	Parda	Psicóloga	6 anos	UNIABEU	Especialização em atendimento a Criança e Adolescentes vítimas de violência/PUC-Rio e Especialização em Impactos da Violência na Saúde/FIOCRUZ-RJ
S 5	40	Bissexual	Feminino	Não declarou	Parda	Enfermeira	2 anos	UNIABEU	Especialização em Centro Cirúrgico
S 6	35	Sem rótulos	Feminino	Umbandista	Negra	Assistente Social	6 anos	UNIABEU	Não tem
S 7	40	Heterossexual	Feminino	Evangélica	Parda	Auxiliar de Serviços Gerais	8 anos	Não tem formação acadêmica	Não tem formação acadêmica
S 8	40	Heterossexual	Feminino	Espírita	Parda	Nutricionista	18 anos	UFF	Especialização em nutrição clínica e funcional
S 9	46	Lésbica	Feminino	Católica	Branca	Médica psiquiatra	23 anos	Souza Marques	Psiquiatra
S 10	43	Heterossexual	Feminino	Evangélica	Parda	Assistente Social	7 anos	UNIABEU	Especialização em Saúde Mental
S 11	50	Heterossexual	Feminino	Católica	Negra	Assistente Social	25 anos	UFF	Especialização em Direitos Humanos e Saúde Mental

S 12	26	Heterossexual	Feminino	Não declarou	Parda	Não declarou	Não declarou	Não declarou	Não declarou
---------	----	---------------	----------	-----------------	-------	-----------------	-----------------	--------------	--------------

Fonte: a própria autora. 2022.

5.1.1.1.1 Análise dos dados obtidos com as entrevistas e aspectos éticos

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que analisa o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos na descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2016, p.48)

O estudo seguiu as técnicas propostas por Bardin (2016) de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Segundo a autora (2016), a pré-análise corresponde à fase de organização do material a fim de sistematizar as ideias. Inicia-se com a chamada “leitura flutuante” onde são elaboradas as hipóteses e os objetivos da pesquisa, a seguir, faz-se a escolha dos documentos observando-se as regras da exaustividade, esgotando todo o assunto sem omissão de nenhuma parte e da representatividade, preocupando-se com amostras que representem o universo; homogeneidade, pertinência, preparação do material e a categorização.

A exploração do material é a aplicação sistemática das decisões tomadas na pré-análise. O tratamento dos resultados e a interpretação é a análise dos quadros de resultados obtidos podendo propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos propostos.

Após a coleta das entrevistas o material foi transcrito fielmente às falas dos entrevistados no programa Microsoft Word, impresso e realizou-se uma leitura meticulosa a fim de identificar as categorias de análise. No momento da exploração do material, os dados foram agregados e as categorias escolhidas para uma posterior interpretação dos dados embasados no referencial teórico, capaz de responder os objetivos iniciais da pesquisa.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), seguiu as normas e resoluções de ética, tendo em vista maior

beneficência para as participantes da pesquisa que maleficência, de forma que, a pesquisa aconteceu a partir da permissão e liberação do CEP, em 27 de Maio de 2022.

Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012:

toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para amenizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes

É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pelas recordações ou por reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em funções de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responderas a questões sensíveis do questionário.

Relacionado a possibilidade dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Se caracteriza como benefícios da pesquisa o compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

A coleta de dados iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que compõem o Sistema CEP/Conep, respeitando a Resolução nº 506 de 2016, obteve aprovação com C.A.A.E. 57021522.1.0000.5240 e após leitura e assinatura das participantes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tomando ciência de que sua participação é voluntária, que consistira em uma entrevista e sua contribuição trará contribuições para os estudos sobre essa temática.

Este projeto de pesquisa recebeu permissão da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, Belford Roxo, Rio de Janeiro.

Foram garantidos os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, liberdade, equidade e confidencialidade, de modo a ser afiançado o sigilo e anonimato das pessoas entrevistadas.

Como compromisso ético, iremos retribuir os conteúdos trabalhados e analisados neste projeto por meio de uma devolutiva através de uma visita de retorno, promovendo uma roda de conversa para apresentarmos aos participantes os resultados da dissertação.

6. RESULTADOS

O estudo foi dividido em dois eixos: Acessos e Atendimentos. A análise das profissionais da saúde que participaram do estudo trouxeram uma pluralidade de reflexões e experiências onde identificamos uma exiguidade de mulheres lésbicas/bissexuais no uso dos serviços; A (in) visibilização e a invisibilidade dessas mulheres na busca dos cuidados de saúde; Uma inexistência na preocupação com adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a produção de equidade em saúde de grupos em situações de vulnerabilidade e, em especial, com a produção de informação e comunicação em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais por parte da gestão.

Contudo, há um desejo por parte das profissionais que os serviços de saúde tenham capacitações para todas e todos os funcionários, que haja um olhar ampliado na porta de entrada, que se interrogue as mulheres lésbicas/bissexuais de como elas acreditam que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na unidade de atendimento para atendê-las e que se

ponha em prática as políticas de saúde e os programas específicos de acessos e atendimentos já existentes para essa população.

6.1 ACESSOS: PAPEL DAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Quanto as percepções das entrevistadas se existem na área de abrangência da unidade em que elas atuam, alguma paciente lésbica ou bissexual, se em algum momento elas atenderam a essas mulheres e como soube a orientação sexual delas.

sim, com certeza. Tanto uma quanto outra (S 1)

sim, uma que fazia pré natal (lésbica masculina) (S 2)

sim, mas são poucas. Percebi pelo estereotipo e por determinados assuntos (S 6)

sim, inclusive, duas delas vieram para a clínica[...] após saberem que eu estava trabalhando por lá (S 1)

sim, várias. Quando ela é mais enrustida tudo bem. Mas quando ela é mais masculinizada a coisa muda. Quando ela é enrustida, não. Belford Roxo é uma comunidade machista e com o tráfico muito presente (S 2)

sim. identifiquei pelas características (S 4)

sim, foi autodeclarada e eu percebi através da sua vestimenta (S 5)

através de relatos de sua manifestação (S 12)

pela acolhida do serviço social, pela rotina de passar nos leitos e pela conversa (S 6)

Facilidades: primeiro momento (quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?)

acho que o fato do feminino. Talvez, o fato delas carregarem ainda em si essa questão do feminino.

Acho que houve uma identificação simbolicamente do feminino (S 1)
não sei dizer (S 7)

o fato de ser uma mulher lésbica acho que me ajuda(S 9)

acreditamos que qualquer Unidade de Saúde tem que ter uma visão holística, onde possamos ver um todo por igual. Uma vez que, um olhar amplo no atendimento pode facilitar o acolhimento do paciente. E, incluso ainda, que temos mulheres lésbicas e/ou bissexual em nossa equipe o que nos capacita todos os dias (S 12)

por ter feito outros atendimentos, foi um atendimento normal e pelo fato de eu estar na gestão a rede fica mais fácil de ser acessada e poder encaminhar a paciente (S 10)

não se aplica (S 11)

Facilidades: segundo momento (quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

acho que seria de grande valia que esses profissionais fossem capacitados para isso dentro das unidades. Para que eles pudessem abrir o espaço para escuta, muito mais do que o tratamento. Porque eu acho que a escuta é secundária e abrir grupos de escutas para saber o que essas mulheres trazem de demandas, de experiências, de sofrimentos, em questões familiares, de relacionamento. Acho que falta escuta! (S 1)

respeito (S 7)

não ter preconceito (S 9)

atendimento com direitos iguais na sua integralidade, para todas as pessoas (S 12)

capacitações, palestras e capacitação continuada (S 10)

a rede poderia facilitar o acesso das demandas das profissionais da ponta (S 11)

Dificuldades: primeiro momento (quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?)

É mostrar por outro que trabalha com você, que aquela pessoa tem direitos e que ela precisa ser respeitada. Mas o que me deixa angustiada é o profissional querer doutrinar essa pessoa (religiosidade) (S 2)

Não houve (S 4)

Inserir a família no atendimento (S 1)

Por ser um atendimento de urgência e emergência, não houve dificuldades (S 5)

Ouvir o sofrimento e não ter pra onde direcionar no momento (S 7)

Não, tive nenhum problema (S 8)

Perceber o constrangimento da paciente (S 9)

Senti dificuldade quando ela me perguntou se o profissional que eu estava encaminhando seria uma pessoa sensível (S 10)

Ainda não encontramos dificuldades, o que nos traz um certo receio (S 12)

Dificuldades: segundo momento: quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

Nenhuma (S 2)

Acredito que não encontraria (S 4)

Falta de espaço na unidade, para que pudéssemos fazer este atendimento: espaço físico e profissional, partindo da gestão para que o profissional, possa criar esses trabalhos (S 1)

Talvez por eu ser mulher, eu não tenha nenhuma dificuldade. Acredito que a maior dificuldade está nessas mulheres não se sentirem confortáveis em ser atendidas por homens (S 5)

Nenhuma (S 7)

Falta de estrutura na unidade, falta de tempo adequado (S 8)

O constrangimento delas (S 9)

Não vejo nenhuma dificuldade (S 10)

Encontraria dificuldades se acaso houver falta de conhecimento, sobre necessidades específicas. Por isso, enquanto [...] buscamos sempre informações de ações realizadas pela atenção primária deste Município. Para que possamos estar orientados e não faltar com conhecimento quando necessário (S 12)

Ao serem questionadas de como esses atendimentos se deram, as respostas foram similares entre as entrevistadas no que se refere ao fato de que não necessariamente, é a busca por atendimento à saúde que as levam para os atendimentos.

questões de conflitos familiares. A procura foi por conta de conflito familiares e no decorrer do atendimento, elas verbalizaram a orientação sexual (S 1)

O atendimento foi realizado em uma escuta ativa e qualificada, sem preconceito, considerando todos os aspectos que trazia algum sofrimento na saúde física e mental da paciente (S 4)

É difícil identificar. Não lembro de ter atendido. Somente um homem trans e com uso de nome social (S 5)

Percebi claramente o constrangimento em dar a informação. Mesmo me mostrando acolhedora (S 9)

Sim, pediu para ser atendida por uma mulher por ter sofrido preconceito em outros atendimentos (S 10)

Principais demandas de saúde das lésbicas e bissexuais:

Acredito que seja a família. Por ser uma demanda muito mais social, do que de saúde (S 1)

DSTs. Porque antes de ir para os programas, ela busca a clínica da família (S 2)

Quanto as demandas dessas mulheres e a não vinculação com os serviços e as equipes, as respostas são preocupantes:

As demandas de saúde encontrada na equipe são na saúde emocional e na busca dos atendimentos no cuidado da saúde da mulher (S 4)

Dificuldades de acesso dentro do hospital e nas unidades de saúde e a dificuldade de se abrir por conta do preconceito e se sentiam desestruturadas (S 6)

Nunca. Eu já levei essa demanda. Mas nunca atendi (S 8)

As demande são muito poucas e somente quando os colegas têm dúvidas eles me acionam (S 10)

Elas não voltam por causa dos preconceitos. Principalmente nas portas das unidades (acolhida e recepção) As perguntas na entrada dos atendimentos, dependendo de como são feitas, as pessoas se recolhem e não se sentem acolhidas. Ou pior, se sentem constrangidas (S 2)

Por ter receio do preconceito (S 4)

Devido ao distanciamento, elas evitam os preconceitos e só buscam atendimento quando é necessário (S 6)

Eu nunca identifiquei essa população no meu atendimento (S 8)

Por medo, preconceito, vergonha e principalmente pela recepção na porta de entrada (S 10)

Talvez, falte divulgação para essa população poder buscar os Serviços. Mas não temos no município algo específico para essa população (S 11)

Não saberia responder (S 5, S 7, S 9)

Quanto as condições de saúde, doenças e agravos, são várias as hipóteses levantadas pelas entrevistadas. Entre elas:

Condições de saúde

Esses atendimentos, são insuficientes. Essas mulheres, se fecham em conchas dentro de casa e muitas não procuram atendimentos (S 1)

Falta um atendimento preventivo (S 2)

Demora em buscar os atendimentos por medi de sofrer preconceitos (S 3)

Em minha opinião as condições da saúde das mulheres lésbicas e bissexuais são de grave risco, pela falta do entendimento que essas mulheres precisam ser acompanhadas em sua saúde para prevenirem os casos de câncer do colo de útero e de mama, como está estabelecido nas políticas públicas para as mulheres (S 4)

Não sei responder (S 5)

Pacientes graves porque não fazem um atendimento preventivo por conta do preconceito (S 6)

Não sei responder (S 7)

Como eu nunca atendi, eu acredito que possa estar relacionado a questão social e emocional e físico (devido a pobreza do município) (S 8)

Talvez mais prejudicadas justamente pela dificuldade de acesso em função do medo do preconceito (S 9)

Saúde física e mental devido a dificuldades de acesso aos serviços (S 10)

Acho que não tem nenhuma diferença. Mas como o município não tem uma política separado, a rotina é igual para todas (S 11)

Vulnerável (S 12)

Doenças e agravos

Não vejo diferença entre o atendimento delas e os atendimentos de outras mulheres. Pelo menos, nas que eu atendi (S 1)

ISTs, HPV e busca tardia pelos atendimentos (S 2)

Eu quase não vejo doenças nessas mulheres. Principalmente DSTs nas lésbicas e bissexuais (S 3)

Violência contra essa população. Por preconceito (S 4)

Saúde mental (crise de ansiedade por conta de relacionamento rompido) (S 5)

Câncer por ter dificuldade de buscar um atendimento e saúde mental que agravam outros tipos de doença (S 6)

HIV (porque muitas mulheres não se cuidam) (S 7)

Não se aplica (S 8)

Não saberia responder (S 9)

IST/AIDS (S 10)

Câncer (tratamento oncológico de mama e útero) e endometriose..[...] (S 11)

Talvez Belford Roxo seja muito preconceituoso. Existe uma invisibilidade ou medo

câncer de colo de útero, câncer de mama, DST e/ou psicológica; particularmente acredito que as mulheres, possam acreditar que por se relacionarem sexualmente com outras mulheres não precisam cuidar da sua saúde. Porém, o fato de ser lésbica ou bissexual não impede e nem restringe o cuidado que se deve ter em relação as doenças citadas acima (S 12)

Quanto à forma como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos a população (lésbica ou bissexual) nas Unidades:

Falta inclusão (S 1)

Não tem (S 2)

Não vejo nenhuma ação (S 3)

Não estão organizadas (S 4)

Não há direcionamento para essa população (S 5)

Não tem ações (S 6)

Nenhum trabalho e nenhuma ação (S 7)

Não tem nenhuma organização para esse atendimento (S 8)

Não há (S 9)

No município não tem nada a respeito dessa população [...] Deveriam abordar mais (S 10)

Desconheço (S 11)

Desconheço. Mas seria necessário realizar roda de conversas entre equipe e sempre buscando atendimento com qualidade e humanizado. Entendendo que é um direito de todas as mulheres, independentemente de sua orientação sexual (S 12)

Após os questionamentos de que não há ações e serviços de saúde dirigidos à população pesquisada, como as pessoas entrevistadas acreditam que esses serviços de saúde devem ser dirigidos nas Unidades.

Capacitação aberta para todos os profissionais (S 1)

Um olhar ampliado na porta de entrada (S 2)

[...] interrogar como elas acreditam que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na Unidade. Sendo dirigido de forma organizada e colocando em pratica as políticas já existente para esse grupo (S 4)

Através de programas específicos (S 5)

Uma comunicação entre todos os setores e serviço social poderia fazer esse trabalho para dar caminhos e orientações (trabalho em rede e rodas de conversa) (S 6)

Entrevista com algumas dessas mulheres, para saber quais seriam suas necessidades (S 7)

Deveria ter uma coordenadoria e essas equipes ir as unidades institucionais, fazer um levantamento das necessidades e polos de referências (S 9)

Penso que o setor de planejamento deveria criar ações e divulgar os locais de acesso para atendimento (S 11)

Através de capacitações, onde a Unidade de Saúde possa fornecer orientações e capacitar os profissionais de saúde para que possam prestar atendimento qualificado e que considere as necessidades específicas desta população, de modo que ela se sinta acolhida nos serviços de saúde. E após realizar campanhas em todas as unidades de Saúde, distribuindo cartilhas ou food a população sobre a importância da Saúde da Mulher lésbica e bissexual (S 12)

Quanto as responsabilidades da Unidade no cuidado em saúde a essa população, podemos destacar as seguintes respostas:

Criar projetos para que elas possam se sentir acolhidas nos diversos tipos de atendimentos que a clínica oferece (S 1)

Acesso a essa população (S 2)

Orientação com a saúde, com o cuidado que essas mulheres devem ter, proveniente de suas Orientação com a saúde, com o cuidado que essas mulheres devem ter, proveniente de suas (S 3)

Direcionamento para o serviço Social e para a estratégia da família (S 5)

Ter alguém capacitado na porta de entrada (para ouvir as demandas para referenciar). Mas por conta da questão religiosa não sei como isso seria (S 8)

gestora eu vejo que é necessário ter formação e capacitações para que todos os profissionais compreendessem que o atendimento é para todos (S 10)

Conhecer as demandas e o papel da secretaria seria fornecer os atendimentos e divulgá-los. Nunca vi nenhuma divulgação nas redes sociais do município sobre essas demandas (S 11)

A unidade de saúde tem por dever e juramento de os profissionais atender com qualidade as pessoas que procuram seus serviços. Isso faz parte da missão, dever e trabalho profissional que é desenvolvido (S 12)

Em relação a equipe de profissionais, perguntamos como elas percebem a relação dos(as) profissionais de saúde de sua equipe com a população pesquisada e se essas(es) profissionais de saúde trazem para a Unidade demandas vindas da população pesquisada.

Ainda há algum preconceito e é precária (S 1)

Tem muito a evoluir (S 2)

Atendimento humanizado e sem discriminação. Até porque tem um numero muito grande de profissionais LGBT (S 5)

Invisibilidade (S 8)

Ninguém nunca falou sobre esse assunto (S 10)

Somente 1 (uma) pessoa, disse sim, para a pergunta referente a demanda das (dos) profissionais de saúde em relação a população pesquisada.

Sim, recebi uma demanda psiquiatra e uma demanda psicológica. (S 8)

E obtivemos algumas considerações, para além do não:

A população ainda não encontrou uma porta para nos levar essa demanda. Talvez a porta de entrada não permita o acesso. Ou seja, invisibilidade dessa população por parte de todos os profissionais e não há ações específicas (S 11)

Pode não ter chegado para eles. Ou, por não ter um projeto voltado pra essa população, não chama a atenção desse profissional que traga esse tipo de abordagem pra gente.(S 1)

Talvez, porque muitas mulheres não chegam falando sobre sua orientação sexual. Acho que elas se resguardam por conta do preconceito que é muito (S 3)

Não saberia explicar. Talvez, por invisibilidade ou indiferença (S2)

Pela invisibilidade e preconceito (S 3)

Porque não tem importância, não tem respeito

Não há uma ação explícita sobre

6.1.1 Atendimentos: papel da unidade na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais

A OMS (2006) compreende a sexualidade como sendo um aspecto humano, ao longo da vida, que envolve o sexo, identidade de gênero e seus papéis, orientação, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sua expressão se materializa através de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis relacionamentos. Este aspecto humano sofre influência de uma interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Embora todas as pessoas tenham o direito ao atendimento à saúde de forma igualitária, pensando no papel das unidades de saúde do município na assistência as mulheres pesquisadas, podemos identificar algumas falas sobre esses atendimentos com as profissionais entrevistadas, onde, cada profissional tem uma percepção e um olhar diferenciado sobre esses atendimentos nas unidades de saúde.

Deveria ser um papel muito mais atuante do que é. Não temos absolutamente nada no município voltado a isso (S1)

Que eu tenha presenciado, nenhum (S3)

Garantir um atendimento humanizado, sem nenhuma forma de preconceito e sem constrangimento (S4)

Nenhum, não tem trabalho para esse público e eu penso o quanto a saúde e o hospital é excludente principalmente quando se tem alguma questão de saúde com mulheres em geral e principalmente com mulheres lésbicas e bissexuais...(S6)

Atendimento ao público é em geral e há garantia de direitos. Independente da opção sexual de cada um...(S2)

E por ser um hospital de urgência e emergência, elas são tratadas de forma humanizada e sem discriminação por parte da enfermagem...(S5)

A luz da reflexão dos acessos e as qualidades em relação aos atendimentos a população de lésbicas e bissexuais, temos as seguintes falas trazidas pelas pessoas entrevistadas:

Acesso

não tem uma direção para que possamos receber este tipo de atendimento...(S1)

Qualidade

seria ela ser vista com menos preconceito e com um olhar de uma paciente normal, independente da sua escolha sexual e ser atendida com respeito e carinho, como qualquer outro paciente...(S3)

Acesso

ter serviços a disposição. A população de Belford Roxo, já tem dificuldades de acesso e eu acredito que essa população, tenha muito mais pela forma como ela é recepcionada nos serviços, pelas crenças pessoais dos profissionais. Principalmente por ser um município com uma religião específica, que é a evangélica. E por isso, eu acredito que o acesso, seja dificultado e preconceituoso...(S8)

Qualidade:

deveria ter em Belford Roxo, um local onde pudéssemos encaminhar e que fosse um local de referência para que elas tenham um serviço específico e dentro das suas especificidades (S11)

Acesso

acesso elas têm, sim Qualidade: acredito que poderia melhorar...(S7)

Quanto as dificuldades de acesso a esse serviço de saúde, podemos identificar nas seguintes falas das entrevistadas:

sim, como todo acesso em geral, para essa categoria. Não se vê rodas de conversa em policlínicas, nos ambulatórios...(S6)

medo e preconceito...(S9)

diversos tipos, por exemplo, talvez elas se sintam incompreendidas, ou mesmo possam pensar em sofrer discriminação ou serão ignoradas...(S12)

outro fator é que nem sempre os profissionais possuem a capacitação para saber se comunicar, atender, acolher e esclarecer suas dúvidas, cuidando assim de sua saúde com zelo e igualdade...(S12)

Já para o grupo que acredita que não há dificuldades de acesso para os atendimentos na saúde, se justificasse pelas seguintes falas:

nenhuma delas me chegou com essa queixa, voltada a impedimento devido a sexualidade. Não vejo nenhum impedimento e nem nenhuma dificuldade de chegar, não...(S1)

não há relatos de dificuldades dessa população nos acessos a Belford Roxo. Temos um excelente atendimento na saúde, sem discriminação na saúde...(S5)

O que a meu ver, parece contraditório em relação ao posicionamento da maioria das entrevistadas. Principalmente, pela ausência dessas mulheres nas unidades de atendimentos.

na prática diária, o serviço social é portas abertas. Mas na porta de entrada, se a pessoa tem um estereótipo diferente, infelizmente, existe um olhar preconceituoso. Nesses casos, a pessoa fica ressentida e tem dificuldade de falar o que deseja. Dificuldade de expressar o que deseja fazer na clínica de saúde. Até mesmo, realização de exames básicos...(S2)

mas, se elas se manifestarem, elas terão dificuldades, sim. Principalmente, pelos profissionais que recebem essas pessoas. Infelizmente, as pessoas não são treinadas, né...(S8)

Para além, de identificação da orientação sexual, da sexualidade e das orientações sexuais nos atendimentos, infelizmente, as lésbicas e bissexuais dependem do olhar da pessoa que acolhe e da aceitação pela (o) profissional de saúde.

No que concerne aos atendimentos de lésbicas e bissexuais, foi um total de 211 pessoas atendidas. Contudo, os atendimentos foram contabilizados mentalmente pelas profissionais entrevistadas. Pois, não há instrumentos que identifique e quantifique esses atendimentos nas unidades de saúde do município de Belford Roxo.

7. DISCUSSÃO

Como mencionado anteriormente, analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimento no município de Belford Roxo/RJ é o cerne deste estudo de pesquisa. Consubstanciando, no decorrer das entrevistas as profissionais ativas na saúde no município responderam às perguntas sobre “A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ”, objetivando identificar a percepção das profissionais nos atendimentos direcionados a mulheres lésbicas e bissexuais.

Por meio da análise, evidenciaram-se duas categorias: “ACESSOS: papel da unidade e os atendimentos às mulheres lésbicas e bissexuais” e “ATENDIMENTOS: papel da unidade na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais” . Esse estudo se revelou importante para a saúde das mulheres lésbica e bissexual atendidas no município de Belford Roxo, por

possibilitar uma reflexão frente ao padrão heteronormativo presente nos serviços de saúde e atendimentos recebidos por elas.

7.1 ACESSO: PAPEL DAS UNIDADES DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE BELFORD ROXO E O ATENDIMENTO ÀS MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Pensando nos Acessos pelas mulheres lésbicas e Bissexuais na saúde, podemos trazer como referência a Constituição Federal de 1988, onde temos como princípios a Universalidade; a Equidade e a Integralidade.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988: 63)

Para a maioria das profissionais, essas mulheres buscam atendimentos na saúde. Portanto, é importante observar, que essas identificações estão relacionadas a um olhar direcionado por elas e que essas identificações se dão através de suas vestes, pelos seus estereótipos e por suas falas e ou modo de falar.

Goffman (2010) traz a luz o estigma, e chama a reflexão acerca da ideia de como a sociedade se estrutura para categorizar pessoas, rotina, estabelecer normas e definir o que é próprio de pessoas normais. Para o autor, nós é que determinamos os estigmas para justificar de forma ideológica à inferioridade das outras pessoas. Certos atributos, são capazes de estigmatizar uma pessoa caso ela deprecie tais contextos. Isto posto, uma outra forma de conceituar a ideia de identidades, está diretamente ligada aos conceitos e atributos das identidades sociais, evitando desta forma categorizar as pessoas no termo “ status sociais”, uma vez que o ultimo está diretamente vinculado à honestidade e a ocupação da pessoa humana.

Podemos assim dizer, que, estes conceitos perpassam sobre a identidade social virtual (nosso imaginário) o que desejamos que ela seja e pela identidade social real (características atribuídas) o que de fato ela representa para si mesma. Desta forma, o estigma não ligado, a existência de um atributo, mas, a existência de uma incongruência entre atributos e os estereótipos de uma pessoa ou de um grupo.

Todavia, para Matta 2007, o artigo 196 da Constituição Federal afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Isso significa dizer que a saúde é um direito e não um

serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie. Todas as pessoas no Brasil têm direito a atenção a saúde.

Segundo Bonan e Ferreira (2019), pesquisa com mulheres lésbicas em São Paulo mostrou que a principal barreira na busca pelos serviços de saúde está relacionada ao receio de revelar sua orientação sexual e práticas homoeróticas, e à expectativa de sofrer preconceitos. Em estudo realizado na Alemanha com 766 mulheres lésbicas, apenas 40% revelaram a sua orientação sexual aos profissionais de saúde, embora 89% delas tivessem um médico de referência para os cuidados básicos. A não revelação pode deixar as mulheres lésbicas mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis (IST) e Aids, pois, apesar de suas variadas práticas sexuais, elas pouco utilizam preservativos.

Com base na pesquisa da autora e do autor, identificamos que algumas falas retratam o processo de acesso das pacientes e quais foram as facilidades e as dificuldades dessas profissionais de saúde em seus atendimentos. Interessante, é que as respostas relacionadas as facilidades e as dificuldades, possuem dois momentos: um com respostas preliminares, onde há uma identificação entre as profissionais e as pessoas atendidas e o outro com respostas reflexivas, onde, se pede respeito, um atendimento sem preconceito, direitos iguais em sua integridade e uma crítica ao não facilitamento das redes de atendimentos nos acessos e nas demandas.

Refletindo sobre igualdade e diferença, Colling faz alguns apontamentos, algumas análises e algumas reflexões acerca de que os movimentos sociais, no Brasil e no exterior, fazem uso de paradigmas da igualdade e da afirmação das identidades de gênero. Ou seja, há uma defesa dos ativistas que todas as pessoas são iguais e devem ter os mesmos direitos. Entretanto, a problemática se inicia quando o discurso destoa das práticas políticas em torno dos paradigmas da igualdade. Melhor dizendo, somos todos seres humanos, no entanto, temos as nossas especificidades, e isso nos diferencia. Algumas pessoas, precisam de políticas diferenciadas, pois suas identidades e suas realidades não coadunam com as necessidades umas das outras. Dessa forma, a ideia de igualdade acaba por ser uma política excludente.

Se, por um lado, no Brasil essa estratégia já rendeu conquistas para determinados grupos subalternizados (negros e mulheres, por exemplo, conquistaram a lei que criminaliza o racismo, o sistema de cotas e a Lei Maria da Penha), por outro lado também criou exclusões. De quem? Das pessoas que são discriminadas mas que não se identificam exatamente com todas as características atribuídas a quem pode afirmar e desfrutar de determinada identidade coletiva” (COLLING,2013,s.p.)

Quando a pesquisa se refere à saúde de mulheres lésbicas e bissexuais, as principais respostas estão relacionadas a DSTs/ISTs, câncer do colo do útero, câncer de mama, questão

familiar e questões relacionadas à saúde emocional. Porém, partem de um conceito empírico e sem comprovações técnicas e ou científicas. Já para alguns profissionais, as demandas são escassas. Mais uma vez, se faz necessário dialogar com Bonan e Ferreira (2020), quando avaliam que:

Estudos mostram como problemas históricos e estruturais dos serviços e dos sistemas de saúde, ligados a contextos políticos, econômicos e culturais, afetam a produção da saúde de indivíduos com múltiplas estigmatizações – por gênero, raça/etnia, situação socioeconômica, dentre outras. Na realidade brasileira, apesar da existência de políticas de saúde para as populações LGBTT, gestores de saúde enfrentam dificuldades na operacionalização, monitoramento e avaliação das mesmas, e há fragilidades na coordenação e no diálogo entre representantes dos governos federal, estadual e municipal (BONAN & FERREIRA, 2019, p. 1771)

Com base nos estudos de ALMEIDA,

Alguns trabalhos advogam a vulnerabilidade à saúde em aspectos gerais que extrapolam o domínio da saúde sexual propriamente dita. Para o site da Brown University (2005), as lésbicas estariam mais sujeitas à ocorrência de câncer de mama por não realizarem regularmente mamografias e não fazerem auto-exame; estariam também mais propensas à depressão e à ansiedade por terem sido expostas ao estresse crônico oriundo da discriminação homofóbica e da necessidade de esconder sua orientação sexual dos pais, dos amigos ou dos professores. Outros fatores que fariam as lésbicas mais propensas à ansiedade e à depressão seriam a perda de sustentação emocional importante e a separação de suas famílias de origem devido à revelação de sua orientação sexual” (2005, p. 239, grifo meu).

Traçando um paralelo entre as demandas e a não vinculação dessas pacientes nos locais de atendimentos estão relacionados mais uma vez ao acesso, ao preconceito, a recepção nas portas de entrada e as perguntas que são direcionadas a essas mulheres. Diante disso, identificamos a partir dos estudos que os serviços de saúde ofertados são territórios existenciais com muitos atravessamentos e em sua maioria, são constituídos por sujeitos com suas especialidades e suas especificidades.

Mas independentemente das diferenças, todos os profissionais da saúde precisam acolher as pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) em suas necessidades, fornecendo um acolhimento e um tratamento de saúde respeitoso e de qualidade. Além de que, muitas das vezes, a própria paciente não consegue se sentir segura e criar um vínculo com determinada unidade de saúde, optando então por ser atendida em outro local. Isso preocupa demais, pois quando se há perda de vínculo, o tratamento pode não ser realizado de forma correta ou pode ser feito de forma errada e desorganizada.

Novamente, no que se refere as condições de saúde, as entrevistadas relatam que os atendimentos são insuficientes, que essas mulheres se “fecham em conchas”, que há ausências de atendimentos preventivos, vulnerabilidade, dificuldades de acesso por medo de sofrerem preconceitos e o agravamento da saúde física e mental. Para Corrêa (2020, p.124),

Considerando que a saúde mental é um dos fatores cruciais, uma vez que a população LGBTQI+ tem um índice considerável de problemas de saúde mental e tal comprometimento decorre inúmeras vezes por conta do preconceito, das violações de direitos e das vulnerabilidades sociais enfrentadas por essa parte da sociedade, essa constatação é, sem sombra de dúvidas, a mais preocupante

Vale ressaltar que todas as profissionais entrevistadas e ativas na saúde desconhecem qualquer tipo de ação e serviços para essa população no município de Belford Roxo. No que tange o texto constitucional de 1988, a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico-sanitária. Nessa concepção, podemos pensar que a saúde é decorrente do acesso das pessoas e das coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. Nesse segmento, a saúde, a previdência e a assistência social integram o tripé do Sistema de Seguridade Social e essa conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988, art. 194).

No entanto, pensando que em algumas unidades de saúde, a porta de entrada dos serviços é assumidamente conservadora, racista, sexista, homofóbica, xenofóbica, higienista e fundamentalista, em profundo descompasso com os princípios que regem o Estado laico, inexistente a preocupação com adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a produção de equidade em saúde de grupos em situações de vulnerabilidade e, em especial, com a produção de informação e comunicação em saúde para mulheres lésbicas e bissexuais.

Podemos identificar por meio da pesquisa, que há um desejo por parte das profissionais que os serviços de saúde tenham capacitações para todas e todos os funcionários, um olhar ampliado na porta de entrada, interrogar as mulheres lésbicas e bissexuais de como elas acreditam que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na unidade de atendimento, por em prática as políticas de saúde específica para essa população e através de programas específicos, uma comunicação entre todos os setores e o Serviço Social para dar caminhos e orientações.

BRAVO e OLIVEIRA (2004) asseguram que os espaços onde valores circulam e opiniões se formam, proporcionando assim a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil. Afirma, ainda, que é necessário que se tenha espaços onde a população participe ativamente do exercício do poder político, redefinindo a relação entre Estado e Sociedade.

Desse modo, se fez necessário refletir sobre a importância da participação de determinadas categorias de saúde, nos espaços de discussão para o pensar e elaborar as políticas públicas afirmativas.

Vale ressaltar que o serviço social, ao longo de sua trajetória, tem tido uma expressiva participação nos Conselhos de Saúde, ora como representantes de diversos segmentos, ora como assessor dos conselhos e ou de determinados segmentos, em particular, das pessoas usuárias dos serviços de saúde. Onde o controle social na Saúde, acaba por ser uma demanda ao Serviço Social, através, respostas sistematizadas. Conforme foi discutido nos três primeiros Congressos Brasileiros em (1992,1995 e 1998), nos três Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço social (1996, 1998 e 2000). Diante do exposto, nota-se que a profissão e os profissionais estão imbuídos de significados que coaduna na trajetória sócio-histórica da profissão.

Quanto ao questionamento acerca da equipe de profissionais e a população pesquisada no que tange as demandas, somente uma profissional afirmou receber demandas dessa população. As demais não conseguiram identificar nenhuma demanda.

Porém, para além do desconhecimento, surgiram algumas reflexões que justificam as negações. Ou seja, a população ainda não encontrou uma porta de entrada para que as demandas chegassem às equipes e ou talvez, o processo de invisibilidade ou de invisibilização.

Ao serem indagadas se na sua opinião, os(as) profissionais de saúde estão preparados(as) para identificar/atender às demandas dessa população, 80 % disseram, que não estão preparadas e três entrevistadas, disseram que o despreparo se dá por conta da religiosidade das (os) profissionais da saúde.

7.1.1 Atendimentos: Papel da unidade na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais

Segundo Franco *et. al.* (1999), os princípios do acolhimento devem ser o de atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. Contudo, é preciso reorganizar os processos de trabalho no que se refere aos atendimentos e os acessos a fim de que haja um deslocamento da porta de entrada das unidades para o atendimento da equipe multiprofissional, objetivando qualificar as relações no processo de trabalho, no atendimento e no acolhimento, tendo por parâmetros um atendimento humanitário e com um olhar para as especificidades das pacientes lésbicas e bissexuais atendidas nas unidades de saúde.

Para uma melhor compreensão, precisei fazer um direcionamento do meu olhar para as subjetividades das pessoas entrevistadas e suas respostas. Indubitavelmente, podemos pensar que a saúde perpassa a ausência das doenças, podendo ser definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como perfeito bem-estar físico, mental e social. Melhor dizendo, a saúde se constitui em um evento complexo e é capaz de dialogar com diversas esferas e de forma complexa. Dessa forma, em 2013, a Política de Atenção a População LGBT reconheceu os efeitos que a discriminação e a exclusão social que essa população vivencia, influencia diretamente na qualidade de vida e na saúde delas.

Para (Macedo 2020), a sociedade brasileira expõe sistematicamente a população LGBT a negação dos seus direitos. Isto é uma realidade social discriminatória que trafega entre o imaginário, ou seja, o que determinado segmento da sociedade imagina ser normal, e as práticas de aniquilamento do indivíduo. A capacidade de captar e assimilar as subjetividades de gêneros por uma parte da sociedade regida pelo ordenamento jurídico heteronormativo é que ainda consegue garantir alguns direitos a esta população.

Considerando que a Portaria ministerial nº 2.836/11 que lançou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é referência para as discussões sobre acesso e qualidade da assistência à saúde dessas pessoas, quando trazemos a luz da reflexão os acessos e as qualidades em relação aos atendimentos de lésbicas e bissexuais, as falas trazidas pelas entrevistadas demonstra que não há um direcionamento para os atendimentos, que já existe um histórico de dificuldades do acesso nos atendimentos à saúde no município e que por conta da forma como essas mulheres são recepcionadas nas portas de entrada, torna se mais dificultosa a chegada delas e sua permanência nos locais de atendimentos.

Assim como, devido ao não respeito a laicidade e a crença religiosa de determinados profissionais, cria se um distanciamento ainda maior no acesso e principalmente no atendimento. Uma outra evidência, é que, há um olhar sobre o fato das mulheres lésbicas e bissexuais acessarem os serviços, porém, as identificações são somente através de um olhar da profissional, de algumas falas das pacientes durante os atendimentos e ou a autodeclaração, sem que haja um instrumento de identificação sobre orientação sexual. Portanto, elas acreditam que não há atendimentos que contemplem as mulheres lésbicas e bissexuais e suas questões específicas dentro de uma política de atendimento e sugerem, que esses atendimentos deveriam ser de forma planejada, humanizada, sem discriminação e com garantias de direitos.

No presente estudo, vale ressaltar, que à saúde desse grupo de pessoas é ainda vulnerável mesmo diante do avanço ocorrido nos últimos anos, principalmente no que tange à construção de políticas públicas de saúde específicas para a garantia de acessos e de cuidados para a população LGBT. Trata-se de uma política ainda fragilizada na efetivação das propostas recomendadas nos documentos tidos como oficiais, que visam a garantia do cuidado integral. Contudo, na maioria das situações acabam por resultar atendimentos discriminatórios e dentro de uma perspectiva heteronormativa. Mesmo que não seja intencional por parte de determinadas (os) profissionais da saúde.

Evidencia-se que mulheres lésbicas e bissexuais são duplamente marginalizadas, em primeiro lugar por serem biologicamente mulheres e em segundo lugar, por desviarem da estrutura normativa e hierarquizante que fogem das relações de dominação e submissão ao homem. Dessa forma, qualquer mulher que não se encaixe na heterossexualidade se coloca invisível ou é mantida na invisibilidade, pois, uma vez que se desobriga da prática sexual voltada para a reprodução, conseqüentemente quebra o paradigma que foi imposto historicamente ao feminino. Corroborando com o debate, Saffioti (2000), afirma que não devemos parar nessas categorizações somente, se faz necessária reflexão sobre gênero, raça/etnia e classe considerando a metáfora do nó.

A sociedade não comporta uma única contradição. Há três fundamentais que devem ser consideradas: a de gênero, a de raça/etnia e a de classe. Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocham, na sua plenitude, as classes sociais (Saffioti, 2000, p. 73)

Contudo, se a identificação do gênero e das orientações sexuais das lésbicas e bissexuais atendidas nas unidades de saúde não são pautados nos atendimentos, embora, esses indicativos serviriam para detectar e mapear doenças relacionadas a saúde dessas mulheres e suas especificidades, quiçá raça/etnia e classe que não são vistos como marcadores sociais para determinadas categorias de atendimentos.

Edna Roland reforçava essa compreensão lá em 1991, ao afirmar que cabe aos órgãos de saúde pública, que se constituem praticamente nos únicos serviços de saúde aos quais as mulheres negras têm acesso, promover pesquisas desagregando a população por cor, para o que é essencial que a rede de saúde incorpore a necessidade do registro das características raciais da clientela. Sabendo dos efeitos que a ideologia oficial de inexistência do racismo no Brasil exerce sobre as concepções de técnicos e funcionários do Sistema de Saúde, esse simples registro deverá se constituir em tarefa árdua a ser cumprida.

Portanto, apesar dos direitos sexuais e reprodutivos conquistados, podemos pensar que ações que são capazes de promover efetivamente a saúde de mulheres lésbicas e bissexual permanecem escassas. Podendo identificar nas falas das pessoas entrevistadas que entre a existência de políticas afirmativas e os acessos e qualidades direcionados a elas há uma grande lacuna a ser preenchida e um longo caminho a ser percorrido. Seja por parte das lésbicas e bissexuais, seja por parte das pessoas profissionais de saúde.

O acesso aos serviços de saúde está relacionado à capacidade de um grupo para buscar e obter assistência à saúde, e as condições de acessibilidade de comportam dimensões políticas, econômicas, técnicas e simbólicas. Já a qualidade dos serviços de saúde costuma ser avaliada normativamente, tomando como marco teórico sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Contudo, a ideia de qualidade também está relacionada à própria subjetividade dos processos de saúde (BONAN e FERREIRA, p. 1766)

Apesar de a Constituição Federal de 1988 deixar evidente o direito a saúde em seu artigo 196, as profissionais quando entrevistadas se as mulheres lésbicas e bissexuais possuem dificuldade para acesso a esse serviço de saúde, 8% disseram que sim e 4%, disseram que não há dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Entre as que disseram que as lésbicas e bissexuais possuem dificuldades, podemos identificar nas seguintes falas que há dificuldades de como em todos os acessos em geral, assim como, não há rodas de conversas nas unidades de saúde, o não comparecimento aos atendimentos por medo de serem discriminadas, por preconceitos, por serem ignoradas e a falta de formação/capacitação das (dos) profissionais para atender e compreender as demandas.

Contudo, há profissionais que durante as entrevistas, disseram que não há relatos de dificuldades de acesso desta população em Belford Roxo e que existe um excelente atendimento na saúde, sem discriminação. No entanto, para Bonan e Ferreira essa dificuldade é legítima não só no Brasil, mas em outros países.

Um estudo com as populações LGBTTT de New Jersey mostrou que, entre as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, está o custo dos seguros particulares²¹. Nas realidades brasileira e sul-africana, as populações LGBTTT em situação de pobreza enfrentam fragilidades para acessar serviços e ações de saúde pela dificuldade, por exemplo, de pagar o transporte para chegar às unidades de saúde (BONAN e FERREIRA, p 1774)

Considerando todas percepções das pessoas entrevistadas no que se refere as mulheres lésbicas e bissexuais nos atendimentos à saúde, Facchini & França (2009), afirma que:” se faz necessário, manter um olhar atento às inclusões e às exclusões e também as possibilidades e aos limites que colocam no processo cotidiano de trazer dado sujeito político e suas demandas

para o espaço público. Tal olhar possibilita tomar os sujeitos enunciados pelo movimento como termo sempre abertos a inclusão, acolhendo novas e diferentes demandas e questionando arranjos hierárquicos”.

Contudo o estudo nos permite compreender como a tensão entre “políticas para todas as mulheres” e “políticas específicas” afeta a visão das profissionais e as políticas públicas para mulheres lésbicas e bissexuais, em face as especificidades nos atendimentos de saúde para a população estudada.

No entanto, se por um lado a criação dessas políticas pode ser considerada uma coisa boa, por outro, existem autores que são bem críticos. Faleiros (1980), por exemplo, ressalta que esta é uma forma de controlar determinadas populações.

em função de certas categorias de população que as políticas sociais são apresentadas: os grupos alvo, classificados ora por idade (crianças, jovens, velhos), ora por critérios de normalidade/anormalidade (doentes, excepcionais, inválidos, psicóticos, mães solteiras, desadaptados sociais, delinquentes etc.). Esse tipo de classificação das populações alvo das políticas sociais, ao mesmo tempo em que as divide, fragmenta, tem por objetivo controlá-las e realizar uma etiquetagem que as isola e as caracteriza como tal (1980, p. 57)

Ainda assim, acredito que se faz necessário categorizar as ditas “minorias” e que a forma precária das condições de vida por parte das lésbicas e bissexuais, o stress e a carência de uma política de assistência informativa, possibilita o surgimento de diversas outras doenças. O que de certa forma, acontece bem menos com as mulheres cis, que na maioria das vezes, estão inseridas em uma política heteronormativa e possuem melhores condições de prevenção e atendimentos.

Com base nos estudos de SHIHADDEH (2021),

O acesso limitado e fragilizado na busca de uma orientação e/ou auxílio as necessidades relacionadas a orientação sexual ficam fragilizadas quando não há a garantia tanto de um serviço especializado quanto um profissional ou equipe que acolha, entenda e participe junto do processo de amenização do sofrimento de quem busca ser entendido em meio a um processo de adoecimento que atinge tanto a saúde física quanto mental

Nada obstante, um dos desafios nos atendimentos enfrentados por lésbicas/ bissexuais e profissionais de saúde, é conseguir dar conta de três fatores que permeiam suas vidas nesta sociedade e que, em sua maioria, são invisíveis para a sociedade, mas visíveis para quem necessita dos atendimentos. Em primeiro lugar é dar visibilidade ao preconceito e a dificuldade dos atendimentos, em segundo lugar, que haja pesquisas quantitativas e

qualitativas para identificar e comprovar quais são as questões específicas dessa população relacionada a saúde, para criar políticas específicas, em terceiro lugar, criar mecanismos de enfrentamentos para atender suas demandas.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do estudo e diante da pesquisa, constata-se que existe uma invisibilidade e um processo de invisibilização das mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde prestados à população no município de Belford Roxo. As unidades de saúde encontram-se ainda fragilizadas e sem um processo estrutural capaz de nortear os acessos de mulheres lésbicas e bissexuais e os atendimentos por parte das (os) profissionais de saúde. As demandas de acolhimento no que se refere a questão de gênero, orientação sexual e suas especificidades, ocorrem de acordo com o olhar de cada profissional e sem que haja um atendimento

qualificado e ou uma formação específica no que tange a política LGBTQI+. O que de certa forma, facilitaria no atendimento geral dessa minoria.

Embora as entrevistadas tenham demonstrado uma empatia no atendimento à população pesquisada, sabe-se que não é suficiente para uma qualidade do atendimento, pois, a empatia, não obstante possa acolher as pessoas, não necessariamente é capaz de garantir direitos universais.

Portanto, tonou-se notório que os atendimentos realizados, acabam por não ser qualificado em relação a vulnerabilidade dessas mulheres. Para além, foi possível identificar que as fragilidades dos atendimentos, também, esta presente nos acessos. Contudo, mulheres lésbicas e bissexuais, acabam por não acessar os serviços de saúde por não conseguirem na maioria das vezes, passar pela porta de entrada dos serviços. As vezes por preconceitos de quem as recepcionam, outras vezes, por não se sentirem confortáveis e ou por algum profissional tentar convencê-las de que a sua “opção” não é vista como natural. Vale ressaltar, que não existe “opção sexual” e sim, orientação sexual, pois, ninguém escolhe ser hetero, homo ou bissexual. Nem tão pouco, consegue direcionar o seu objeto de afeto e ou de desejo.

Voltando nas barreiras de acessos das lésbicas e bissexuais no que se refere a busca por atendimento à saúde, elas se dão prioritariamente no acolhimento, onde, é o espaço crucial para que haja uma identificação entre profissional e pacientes, permitindo que elas se identifiquem, se sintam pertencentes aos locais de saúde e cheguem aos profissionais de atendimento capaz de identificar suas demandas. Se esse ou essa profissional, não estiver minimamente orientada (o) acerca das identidades de gênero e ou orientação sexual e sem um olhar estigmatizado, sem discriminação, sem julgamento de valores partindo do princípio que todas as pessoas são ou deveriam ser heterossexuais, causando assim, a limitação do acesso e violência institucional,

Contudo, todo esse processo da não aceitação, da incompreensão e da discriminação, acaba sim, por causar um processo de invisibilização e ou invisibilidade dessas mulheres para o cuidado preventivo e a garantia de acessos as unidades básicas de média, permitindo que em sua maioria, o acesso seja na alta complexidade através das unidades de urgência e emergências. Quando na verdade, as doenças físicas e mentais, já deveriam ter sido diagnosticadas com antecedência para que não recaia sobre seu bem-estar físico e social diminuindo os impactos em sua saúde integral. Garantindo assim, o acesso a Universalidade do Sistema Único de Saúde de forma igualitária e integral, que é o que preconiza as diretrizes da saúde em relação aos acessos, acolhimentos e atendimentos.

Embora seja complexo fazer qualquer tipo de orientação dentro da subjetividade dos atendimentos, se faz necessário refletir sobre o cuidado em relação a saúde e as vulnerabilidades dessas mulheres diante da fragilidade dos seus corpos quando necessita buscar atendimento médico e ou de saúde. Ainda assim, se faz necessário que se tenha por parte das (os) profissionais de saúde um olhar holístico e cuidadoso por parte da gestão dos serviços de saúde nas unidades de atendimentos e das pessoas profissionais de saúde para que possa antever as demandas e as necessidades de quem busca acesso para o tratamento de suas doenças e ou, quer simplesmente se cuidar de forma preventiva, evitando assim, o agravamento de sua condição de saúde.

No que se refere aos apontamentos para a melhoria dos serviços de acesso e atendimentos a população lésbica e bissexual, identificamos através da pesquisa, que é importante que haja uma formação para todas (os) as (os) profissionais de saúde sobre as políticas públicas LGBTs, políticas específicas sobre mulheres lésbicas e bissexuais, um olhar ampliado na porta de entrada, a ampliação da pesquisa para compreender como as mulheres lésbicas e bissexuais desejam ser atendidas nas unidades de saúde e uma coordenadoria para direcionar/orientar sobre as políticas específicas para a construção de redes de atendimentos.

Por fim, a dissertação será entregue as profissionais entrevistadas e como proposta a realização de uma roda de conversa, como devolutiva e possibilitando a fomentação da ampliação do debate. Também, se faz necessário iniciar o diálogos com gestores da saúde do município de Belford Roxo e viabilizar a criação de espaços de diálogo e formação continuada sobre gênero, orientação sexual, identidade de gênero e a saúde das pessoas em vulnerabilidade por conta da sua orientação sexual diferenciada da heteronormatividade, para à garantia de direitos humanos para pessoas cidadãs, sem que haja a violação dos seus direitos e que essas mulheres possam ter visibilidade lésbica e bissexual dentro e fora do município.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen, 2019

ALBUQUERQUE, G. A. et al.. **Homossexualidade e o direito à saúde**: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 37, n. Saúde debate, 2013 37(98), jul. 2013.

ALMEIDA, G. E. S. de. **Da invisibilidade à vulnerabilidade**: percursos do "corpo lésbico" na cena brasileira face à possibilidade de infecção por DST e AIDS. 358 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

ALMEIDA, S. L. de. **O que é o racismo estrutural?**. Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. DE. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012 17(11), nov. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1 ed. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

FERREIRA, B. DE O.; BONAN, C. Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. *Ciênc. saúde coletiva*, 2020 25(5), 2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Diário Oficial da União. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Portaria nº 675/GM/2006**. Revogada pela Portaria no 1.820, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial da União. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 10 fev 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre Gays HSH e Travestis**. Brasília, 2008.

BRASIL. **Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

BRASIL. 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, 2013. 32 p.

BRAVO, M. I. S.; SOUZA, R. de O. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional**. SER Social, [S. l.], n. 10, p. 57–92, 2009. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12922. Acesso em: 10 fev. 2023.

CAMPOS, N. C. **A lesbianidade como resistência: a trajetória dos movimentos de lésbicas no Brasil**. Dissertação. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2014. 177 p.

CARRARA, S. **Discrimination, policies, and sexual rights in Brazil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. Cad. Saúde Pública, 2012 28(1), jan. 2012.

COLETIVO DE LÉSBICAS DO RIO DE JANEIRO. Revista Visibilidade. Ministério da Saúde e Programa das Nações Unidas para o Combate Internacional de Drogas, 2002.

COLLING, L. **A igualdade não faz o meu gênero** – Em defesa das políticas das diferenças para o respeito à diversidade sexual e de gênero no Brasil. Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, v. 3, n. 2, p. 405, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/13cns_m.pdf. Acesso em 10 fev 2023.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/>. Acesso em: 15 jun. 2022.

CORRÊA, S. C. S. **Para Além da Pandemia da COVID-19: população LGBTI+ e o adoecimento mental frente ao isolamento social**. IN: População LGBTI+, vulnerabilidades e pandemia da covid-19. Campinas: Editora Saberes e Práticas, 2020.

DA SILVA, E. D. B.; CARDOSO, F. da S. **“Favela ainda é senzala João”** - violência e morte de pessoas negras no brasil: uma leitura sociojurídica crítica. Revista Ciências Sociais em Perspectiva, [S. l.], v. 18, n. 34, p. 1–31, 2019. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/ccsaemperspectiva/article/view/17133>. Acesso em: 10 fev. 2023.

DINIZ, A. M.. **Saúde das mulheres lésbicas: uma análise de discursos e invisibilidades**. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Comunicação em Saúde). Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

DOSSIÊ MULHER. 6. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2011.

DOSSIÊ MULHER. 16. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2021.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FACCHINI, R.; FRANÇA, I. L. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 3, p. 54-81, 2009.

FALEIROS, V. de P. **A Política Social do Estado Capitalista**: as funções da previdência e da assistência social. São Paulo: Cortez, 1980.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. Cad. Saúde Pública, 1999.

GALUPO, M. P. et al. **Sexual Minority Reflections on the Kinsey Scale and the Klein Sexual Orientation Grid**: Conceptualization and Measurement, **Journal of Bisexuality**, pp. 404-432, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

CARRARA, S et al. **Guia de Orientações das Nações Unidas no Brasil para denúncias de discriminação étnico-racial**. Brasília: Nações Unidas no Brasil, 2011.

HALDEMAN, D. C. **The practice and ethics of sexual orientation conversion therapy**. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. v. 62, pp. 221-227, 1994.

HONNETH, A. **O direito da liberdade**. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

HORST, C. **Política social e população LGBT**. In: Anais do 3o Encontro Internacional de Política Social e 10o Encontro Nacional de Política Social [evento na internet]. 2015 jun 22 25; Espírito Santo, Brasil.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIONÇO, T. **Que direito à saúde para a população GLBT?** Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. Saude soc., 2008 17(2), abr. 2008.

MACÊDO, L. A. S. **Experiências de Travestis e Transexuais nos Serviços de Saúde na Perspectiva da Integralidade**. Dissertação. 143p. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2020.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. de M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2007. p.61-80.

MINAYO, M. C. **S.O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4a ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F. e GOMES, R.: **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MURPHY, T. **Redirecting sexual orientation**: Techniques and justifications. *Journal of Sex Research*. 1992.

NAVARRO-SWAIN, T. **O que é Lesbianismo**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

POLÍTICA Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Diário Oficial da União. Brasília: 2010.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2007. Disponível em http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf.

RAMOS, S.; CARRARA, S.. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 16, n. Physis, 2006.

ROLAND, EDNA (org.). **Mulher Negra & Saúde**. São Paulo: Geledés, 1991.

SAFFIOTI, H. I. **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento?** Crítica Marxista. São Paulo: Boitempo, 2000.

SANTOS, B. de S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, [S. l.], v. 20, n. 2, 2017. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 10 fev. 2023.

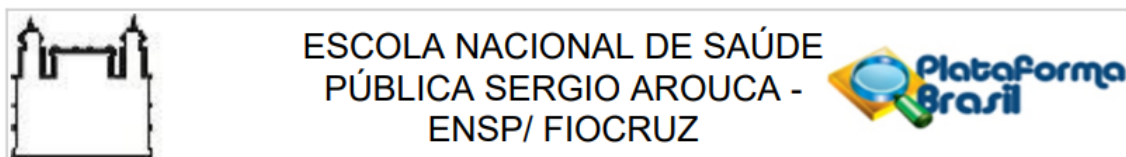
SHIHADDEH, N. A.; PESSOA, E. M.; DA SILVA, F. F. **A (in) visibilidade do acolhimento no âmbito da saúde**: em pauta as experiências de integrantes da comunidade LGBTQIA+. *Barbarói*, n. 58, p. 172-194, 26 jan. 2021.

SILVA, S. F.; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. **Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde**: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, 2014.

TERRA, Sandra. **COLERJ**: Coletivo de Lésbicas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revista Visibilidade, 2022, p. 02.

TOLENTINO, Luana. **O alerta de Sueli Carneiro para a ascensão do nazifascismo no Brasil**. *Carta Capital*, jun. 2022. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/opinioao/alerta-de-sueli-carneiro-para-a-ascensao-do-nazifascismo/>. Acesso em: 28 jul. 2022.

ANEXO A – PARECER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais- ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

Pesquisador: SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57021522.1.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.434.546

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.340.123, em 08/04/2022.

Projeto de dissertação de mestrado desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), de autoria de SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA, orientado pelo Prof. Dr. ALDO PACHECO FERREIRA, qualificado em 04/11/2021 e financiado pela própria pesquisadora no valor de R\$ 4.616.

RESUMO:

A pesquisa pretende "avaliar como as lésbicas e bissexuais em situação de vulnerabilidade conseguem ou não acessar os serviços disponibilizados nas unidades de saúde do município de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro".

Segundo a pesquisadora, seu interesse pelo tema teve início ao ingressar como Assistente Social, na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), no Município Belford Roxo e ao iniciar sua trajetória, como plantonista no Hospital Municipal Jorge Júlio Costa dos Santos (JOCA), na Policlínica Neuza Goulart Brizola. Atualmente integra a equipe de coordenação da Secretaria Executiva do Serviço Social.

A experiência proporcionada por este cotidiano profissional desenvolveu a "curiosidade sobre a

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

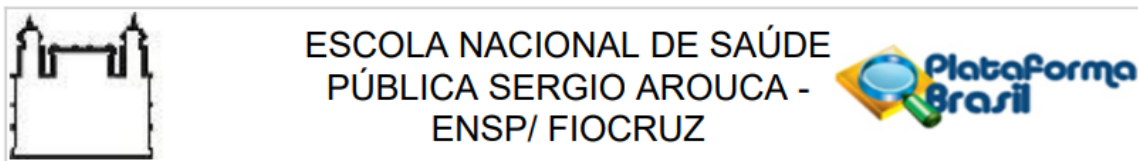
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

ausência das lésbicas nos atendimentos médicos nas unidades de saúde de Belford Roxo e na esfera dos reconhecimentos (pois quem não se reconhece não se identifica, não se empodera e não busca atendimento na saúde)", e, conseqüentemente, "a percepção da enorme dificuldade em inserir a temática LGBTQIA+, nas pautas de discussões da saúde no Município".

Sendo assim, a presente pesquisa se desenvolverá no sentido de refletir e compreender se existe uma ausência dessas mulheres na saúde ou uma barreira entre elas e os profissionais da saúde que as inviabilizam.

HIPÓTESE:

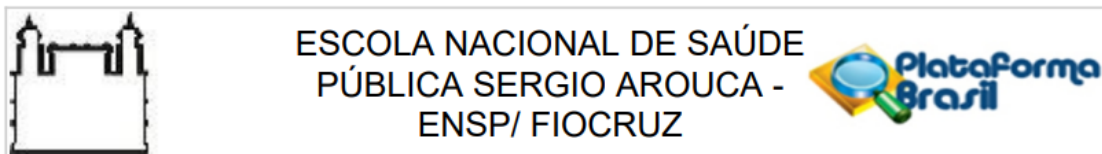
"O acesso aos equipamentos de saúde pela população de lésbicas e bissexuais que representam parte de um segmento que vivencia uma total vulnerabilidade social, possuem problemas diversos de saúde dentro das suas especificidades e tem inúmeras dificuldades de acessar os equipamentos de governo".

METODOLOGIA:

"Trata-se de uma pesquisa qualitativa através da investigação dos sujeitos que contribuem para a construção do processo de atendimento nas unidades de saúde no que tange o atendimento das mulheres heterossexuais e das lésbicas e bissexuais, inicialmente, por meio dos gestores e profissionais que atuam na ponta dos atendimentos nas unidades de saúde do município de Belford Roxo. Pretende-se fazê-la mediante entrevistas semiestruturadas – que combinam perguntas fechadas e abertas, em que a(o) entrevistada(o) tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A pesquisa não se furtará de colher os dados pessoais das pessoas Entrevistadas, tais como: raça, gênero, religião, orientação sexual e escolaridade.

Toda via, este projeto de pesquisa qualitativa utilizará, portanto, como instrumento e técnica de investigação no trabalho de campo, a entrevista, se utilizando das técnicas principais e privilegiadas de comunicação. Tendo como sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde, a gestão que compõe a equipe da secretaria executiva do Serviço Social na saúde, e a gestão das unidades básicas e especializadas da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS); Complexo Regulador do Município (local de agendamento nos sistemas SISREG e SER); Clínica da Mulher Profª Fernanda Bicchieri; Posto de Saúde Neuza Goulart Brizola (NGB); Hospital Municipal de Belford Roxo e a coordenação da Vigilância Epidemiológicas."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

TAMANHO DA AMOSTRA: 15 participantes.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:

"O estudo seguirá as técnicas propostas por Bardin (2016) de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação."

"Após a coleta das entrevistas o material será transcrito fielmente às falas dos entrevistados no programa Microsoft Word, impresso e realizar-se-á uma leitura meticulosa a fim de identificar as categorias de análise. No momento da exploração do material, os dados serão agregados e as categorias serão escolhidas para uma posterior interpretação dos dados embasados no referencial teórico e responder os objetivos iniciais da pesquisa."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

Objetivo Primário:

"Analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimentos no município de Belford Roxo/RJ."

Objetivos Secundários:

- Identificar se, existem diferenças e especificidades nos atendimentos prestados as lésbicas e bissexuais, em contraponto com as demais mulheres;
- Traçar um levantamento acerca da orientação sexual e a identidade sexual das usuárias (se identificada pelas/os profissionais e/ou autodeclarada pelas usuárias)

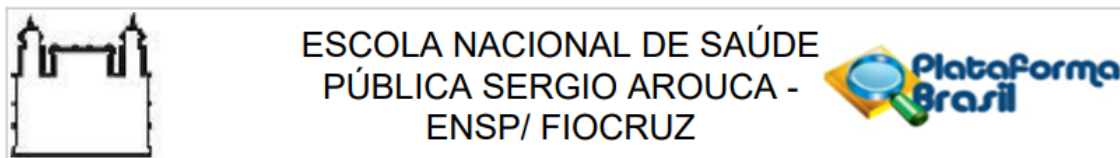
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

RISCOS:

" Modificado" Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012, " Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para ameniza-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes". É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pelas recordações ou por

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em funções de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responderas a questões sensíveis do questionário. Relacionado a possibilidade dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras.

BENEFÍCIOS:

"Modificado" Se caracteriza como benefícios da pesquisa o compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

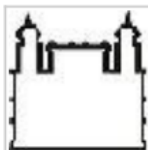
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Para elaboração deste parecer de aprovação, foi analisado o Formulário da Plataforma Brasil nomeado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885476.pdf, postado em 01/05/2022.

Na apresentação inicial foram apresentados e APROVADOS os seguintes documentos, postados na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil, assinada pela pesquisadora responsável, nomeada Folha_Rosto.PDF, postada em 14/02/2022;
- Formulário de Encaminhamento nomeado Formulario_encaminhamento.pdf, postado em 13/02/2022;
- Cronograma, nomeado CRONOGRAMA.pdf, postado em 19/03/2022

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

Para responder às pendências emitidas, o pesquisador anexou os seguintes documentos à Plataforma Brasil, os quais estão aprovados:

- Formulário de Resposta às pendências emitidas pelo parecer consubstanciado 5.340.123, nomeado FORMULARIO_RESP_PENDENCIA_PARECER_5340123_PDF.pdf, postado em 01/05/2022;
- Termo de Anuência da Coparticipante, nomeado TAI_MODIFICADO_PDF.pdf, postado em 01/05/2022;
- Projeto de Pesquisa na Íntegra, nomeado MODIFICADO_PROJETO_POS_QUALIFICACAO_PDF.pdf, postado em 01/05/2022;
- Instrumento de Coleta de Dados, nomeado ENTREVISTAS_PDF.pdf, postado em 01/05/2022;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nomeado TCLE_MODIFICADO_FINAL_PDF.pdf, postado em 01/05/2022;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, nomeado TCLE_modificado.docx, postado em 01/05/2022;
- Orçamento de Pesquisa, nomeado Orcamento_Modificado.pdf, postado em 23/04/2022;
- Cronograma de Pesquisa, nomeado Cronograma_Modificado.pdf, postado em 23/04/2022;
- Folha de Rosto, nomeado Folha_rosto.pdf, postado em 23/04/2022.

Recomendações:

Vide item "Considerações Finais a critério do CEP".

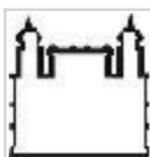
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 5.340.123, de 08/04/2022, foram analisadas conforme abaixo:

1. Item de pendência:

No projeto de pesquisa é dito que "este projeto de pesquisa qualitativa utilizará, portanto, como instrumentos e técnicas de investigação no trabalho de campo, a observação do (da) participante e

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo		CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos		
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

a entrevista, se utilizando das técnicas principais e privilegiadas de comunicação". A pretensão em se realizar a técnica de observação, seja participante ou não, implica em colocar não apenas o profissional de saúde como participante da pesquisa, mas também a paciente assistida e que terá seu atendimento observado. Dessa forma, faz-se necessário a elaboração e aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), destinado às pacientes. Caso se confirme o uso da técnica referida, apresentar TCLE para pacientes.

Resposta da pendência 1 pela pesquisadora:

"Foi suprimido do projeto e do TCLE as informações sobre a "observação do (da) participante" e mantido somente as entrevistas."

Documento anexado para a pendência 1:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 1 ATENDIDA

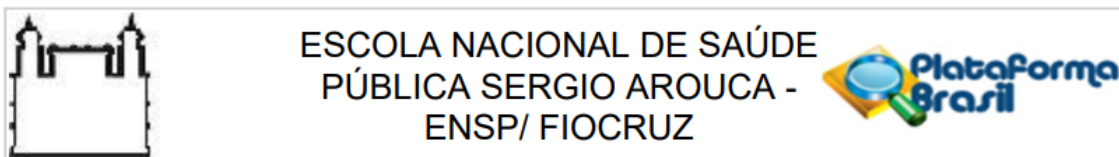
2. Item de pendência: Sobre a Anuência da Coparticipante:

2.1) O documento submetido à assinatura da coparticipante está no formato de Autorização para uso de dados restritos, o que o torna inadequado aos fins da pesquisa, já que esta não prevê nem na sua metodologia, nem no Formulário de Encaminhamento qualquer indicação sobre a "utilização de dados necessários à pesquisa a serem coletados" na instituição coparticipante. De maneira que o documento precisará ser readequado para Termo de

Anuência, que possui formato de declaração da coparticipante, e não de carta de Solicitação da pesquisadora. Além disso, há incoerências metodológicas quanto ao conteúdo do documento apresentado, por exemplo: ao mencionar que "os dados serão coletados durante o período de atendimento, consulta, internação, entre outros, dos pacientes que atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa e que expressem consentimento para a coleta de informações estritas ao âmbito do projeto", já que a metodologia define como participantes

apenas trabalhadores/as da saúde, não pacientes; ou quanto aos riscos, que também estão subdimensionados no documento. Desta forma, apresentar Termo de Anuência da instituição coparticipante da pesquisa (Resolução CNS/CONEP nº 580/18 cap. II, art. 10, §1º. parágrafo XV).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

Conforme Resolução CNS/CONEP nº466/12, item II.9, considera - se "instituição coparticipante" qualquer "organização, pública ou privada, legitimamente constituída e habilitada, na qual alguma das fases ou etapas da pesquisa se desenvolve". Em

observância à Carta CNS/CONEP nº 0212, as instituições coparticipantes "deverão se manifestar por meio de declaração, contendo obrigatoriamente: o conhecimento e cumprimento às normas éticas vigentes no Brasil; garantia de infra-estrutura para a realização segura da pesquisa em suas dependências; a leitura e a concordância com o parecer ético da instituição proponente; a autorização de sua realização e assunção da corresponsabilidade, pela realização da pesquisa, com a assinatura do responsável institucional". Assim, o Termo de Anuência deverá conter a descrição das etapas e procedimentos a serem conduzidos no âmbito da instituição anuente, como coleta e processamento laboratorial, entrevistas, acesso a prontuários etc.; cessão de lista de e-mail ou outro contato pretendido com os possíveis participantes a serem convidados à pesquisa e; assistência clínica dispensada aos participantes, caso necessário. Ainda, as referidas instituições deverão ser cadastradas na Plataforma Brasil para que seus CEP recebam a replicação do protocolo via sistema e, assim, possam também, realizar a apreciação ética, caso julguem necessário.

Resposta da pendência 2.1 pela pesquisadora:

"Feitas as devidas alterações no Termo de Anuência da Coparticipante e as informações foram anexadas na Plataforma Brasil."

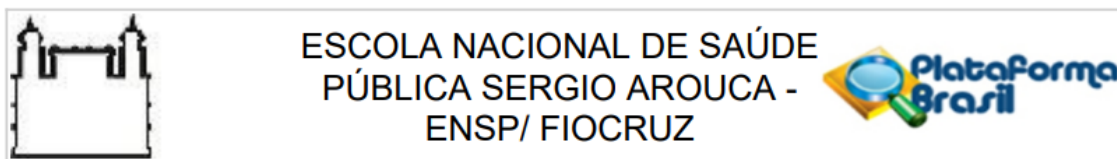
Documento anexado para a pendência 2.1:

- Termo de Anuência "modificada"

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 2.1 ATENDIDA

2.2) O termo de anuência institucional apresentado, datado de 31 de julho de 2021, é assinado pelo diretor do Departamento do Trabalhador de Educação em Saúde. No entanto, conforme previsto na Resolução CNS 580/2018, que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS): "XV - Termo de Anuência Institucional (TAI): documento de anuência à realização da pesquisa na instituição, que deve descrever as atividades que serão desenvolvidas, sendo assinada pelo DIRIGENTE INSTITUCIONAL OU PESSOA

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

POR ELE DELEGADA, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura". Não fica clara a relação organizacional entre as unidades de saúde de Belford Roxo, campos da pesquisa, com o referido Departamento supracitado, uma vez que as unidades assistenciais em saúde normalmente estão vinculadas a subsecretarias de atenção e assistência. Nesse entendimento, deve-se apresentar Termo de Anuência Institucional de responsável superior hierárquico de setor que responda por todas as unidades de saúde, ou Termo próprio para cada unidade de saúde a ser pesquisada. Na ocorrência do gestor da unidade vir a ser elencado como participante da pesquisa, o termo deve ser assinado por gestor substituto responsável. Assim, esclarecer a relação de subordinação das unidades de saúde campo da pesquisa ao Departamento do Trabalhador de Educação em Saúde, no organograma do município de Belford Roxo, ou apresentar novo(s) Termo(s) de Anuência(s) devidamente assinado(s) por responsável(eis) legal(ais) pertinente(s) (Norma Operacional CNS 001/13 3.3.i; Res. CNS 580/18). Ademais, substituir na Plataforma Brasil o nome do responsável pela instituição coparticipante para o do atual secretário municipal de saúde de Belford Roxo.

Resposta da pendência 2.2 pela pesquisadora:

"Feitas as devidas alterações no Termo de Anuência da Coparticipante com a assinatura e do secretario de saúde do municipio de Belford Roxo, atualização da data do documento. Não foi possível substituição na Plataforma Brasil o nome do Sr João Batista Marques da Silva pelo nome do responsável pela instituição coparticipante e atual secretario municipal de saúde de Belford Roxo Sr Christian Vieira da Silva. Feito contato com a plataforma através do 136 / num de prot 3771282022."

Documento anexado para a pendência 2.2:

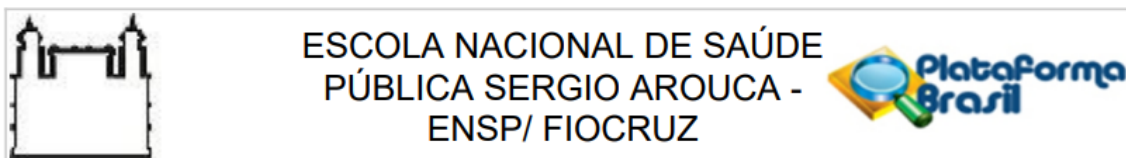
- Termo de Anuência "modificada"

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 2.2 ATENDIDA

3.Item de Pendência: Sobre os processos de ABORDAGEM e ENTREVISTA:

Conforme já citado acima o documento submetido à assinatura da coparticipante afirma que "os dados serão coletados durante o período de atendimento, consulta, internação, entre outros, dos

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

pacientes que atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa e que expressem consentimento para a coleta de informações estritas ao âmbito do projeto". Informar quais medidas serão tomadas durante os processos de Abordagem e Entrevista aos participantes no sentido de efetivar as garantias de confidencialidade e privacidade das informações por eles prestadas (Norma Operacional 001/13 3.3.e)3.4.1).

Resposta da pendência 3:

"As informações foram subtraídas por não se aplicar: abordagem de pacientes, consultas, entre outros, somente haverá durante a pesquisa, entrevistas com profissionais atuantes na área da saúde."

Documento anexado para a pendência 3:

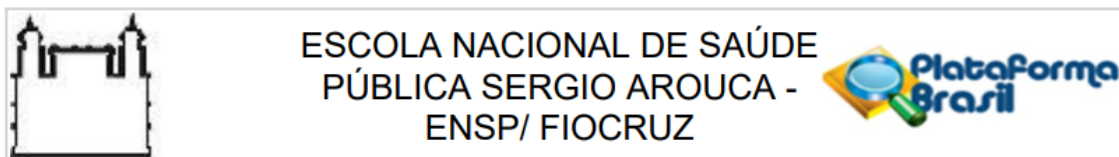
- Termo de Anuência "modificada"

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 3 ATENDIDA

4.Item de Pendência: Sobre os RISCOS:

A pesquisadora informa na Plataforma Brasil que os riscos "podem ocorrer", entretanto, sem especificá-los e nem tampouco definir suas formas de mitigação. No TCLE não há sequer menção explícita aos riscos da pesquisa para o/a participante. Cabe ressaltar o disposto na Resolução CNS nº 510/2016 no que tange aos riscos nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais como sendo "a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente". Ao subestimar os riscos envolvidos em um estudo, dizendo que os mesmos são mínimos ou que não há, o pesquisador não transmite as informações necessárias para que o indivíduo tome uma decisão autônoma sobre sua participação na pesquisa. Dessa forma, solicitase que os RISCOS DA PESQUISA sejam expressos de forma clara no Registro de Consentimento Livre e Esclarecido, Plataforma Brasil e demais documentos, bem como a apresentação das providências e cautelas a serem empregadas para evitar e/ou reduzir efeitos e condições que possam vir a causar algum dano à/ao participante de pesquisa (Resolução CNS nº 510/2016, Art. 2º Inciso XXV, Art. 3º item X, Art. 18 e 19).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

Resposta da pendência 4 pela pesquisadora:

"Modificado" Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012, " Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para ameniza-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes". É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pelas recordações ou por reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou

profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, derelacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em funções de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responderas a questões sensíveis do questionário. Relacionado a possibilidade dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras."

Documento anexado para a pendência 4:

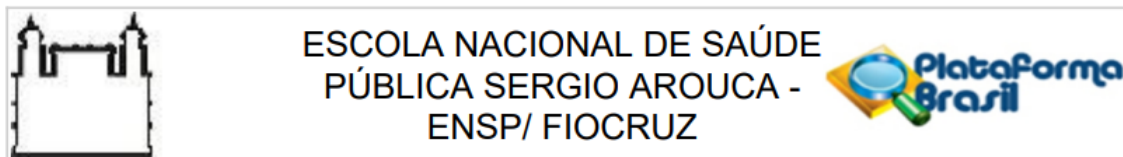
TCLE, Plataforma Brasil e Projeto de pesquisa

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 4 ATENDIDA

5.Item de Pendência: Sobre os BENEFÍCIOS:

Quanto à nomenclatura, os Benefícios são definidos como diretos ou indiretos. Afirmar que a pesquisa permite benefícios diretos (ou pior ainda, "individuais") pode induzir a uma expectativa inadequada por parte do participante de ganhos específicos condicionados ao seu ingresso na pesquisa. Corrigir este item no projeto, TCLE e Plataforma Brasil.(Ref. RES CNS 510/16 Art3ºIX),

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

dizendo ainda quais seriam os benefícios da pesquisa, diretos ou indiretos, às/aos participantes.

Resposta da pendência 5 pela pesquisadora:

"Modificado" Se caracteriza como benefícios da pesquisa o compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação."

Documento anexado para a pendência 5:

- TCLE, Plataforma Brasil e Projeto de pesquisa

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 5 ATENDIDA

6.Item de Pendência: Sobre o ORÇAMENTO:

Apresentar orçamento detalhado da pesquisa, com detalhamento dos recursos e destinação (Norma Operacional 001/13; 3.3.e), compatibilizando as informações em todos os locais pertinentes, como projeto de Pesquisa e Plataforma Brasil.

Resposta da pendência 6 pela pesquisadora:

" Modificado" ORÇAMENTO. A pesquisa será financiada com recursos próprios, conforme detalhamento abaixo.

Tipo de despesa Destinação: Especificação de material ITEM Valor R\$ "

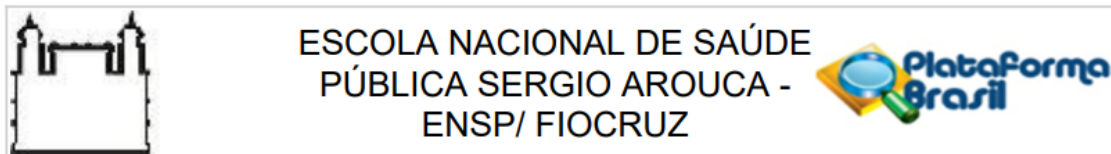
Documento anexado para a pendência 6:

- Plataforma Brasil e Projeto de Pesquisa

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 6 ATENDIDA

7.Item de Pendência: Sobre o TCLE: O TCLE/RCLE não contém todas as informações necessárias ao completo esclarecimento do potencial participante da pesquisa para que ele possa dar o seu aceite de forma autônoma (Res. CNS 466/12 IV.3.a). Solicita-se que o pesquisador veja as orientações do

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	CEP: 21.041-210
Bairro: Manguinhos	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863
	E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

CEP/ENSP instrutivo para a elaboração de TCLE/RCLE e Registro de Consentimento, em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários", no endereço eletrônico https://cep.ensp.fiocruz.br/documentos_necessarios.

7.1) Conforme exposto na pendência 1, esclarecer se pacientes assistidas nas unidades se configurarão como participantes de pesquisa, e em caso positivo, apresentar TCLE destinado a esse grupo específico de participantes.

Resposta da pendência 7.1 pela pesquisadora:

"A pesquisa não será realizada com pacientes. Somente profissionais da saúde (ativos)."

Documento anexado para a pendência 7.1:

- TCLE e Projeto de Pesquisa " modificado"

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.1 ATENDIDA

7.2) Explicar no TCLE/RCLE o motivo do convite/seleção dos participantes para a pesquisa (Res CNS 510/16 art 17.1). Solicita-se que o pesquisador veja as orientações do CEP/ENSP instrutivo para a elaboração de TCLE/RCLE e Registro de Consentimento, em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários, no endereço eletrônico <https://cep.ensp.fiocruz.br/documentos-necessarios>".

Resposta da pendência 7.2 pela pesquisadora:

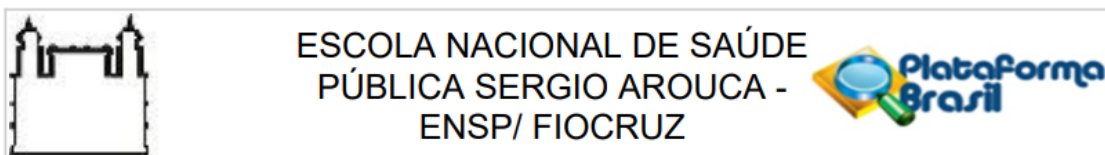
"Feita as devidas correções no que se refere ao convite/seleção conforme orientação RES CNS510/16 / CEP/ENSP " modificado" e com marcação."

Documento anexado para a pendência 7.2:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.2 ATENDIDA

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

7.3) O TCLE/RCLE/RCLE deve conter a garantia da confidencialidade dos dados e de que maneira efetivará esta garantia (RES CNS 510/16,art.17.IV).

Resposta da pendência 7.3 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere ao convite/seleção conforme orientação RES CNS510/16 / CEP/ENSP " modificado" e com marcação."

Documento anexado para a pendência 7.3:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.3 ATENDIDA

7.4) Inserir paginação no TCLE/RCLE incluindo o número total de páginas no número da página de modo a manter a integralidade do documento (Ex.: Página 1 de 2; Página 2 de 2; Capítulo III, RES. CNS 510/2016, Art. 8). Solicita-se que a pesquisadora veja as orientações do CEP/ENSP instrutivo para a elaboração de TCLE/RCLE e Registro de Consentimento, em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários, no endereço eletrônico <https://cep.ensp.fiocruz.br/documentos-necessarios>".

Resposta da pendência 7.4 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere ao convite/seleção conforme orientação RES CNS510/2016, Art 8 / CEP/ENSP " modificado" e com marcação."

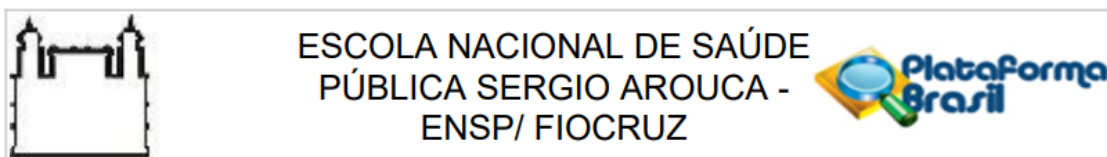
Documento anexado para a pendência 7.4:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.4 ATENDIDA

7.5) Inserir os detalhes da participação, descrevendo as atividades e o tempo de duração das mesmas (RES CNS 510/16,art.8º e art. 17.I).

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

Resposta da pendência 7.5 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere as atividades e tempo de duração conforme orientação RES CNS510/2016, Art 8 e art 17 / CEP/ENSP " modificado" e com marcação."

Documento anexado para a pendência 7.5:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.5 ATENDIDA

7.6) O documento apresentado não esclarece ao participante de pesquisa sobre o tempo a ser dispendido para sua participação no estudo. Solicita-se incluir a informação nesse e nos demais documentos pertinentes (Resolução CNS 510/2016, Artigo 17, Inciso I).

Resposta da pendência 7.6 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere ao tempo a ser dispendido pelo participante no estudo."

Documento anexado para a pendência 7.6:

- TCLE

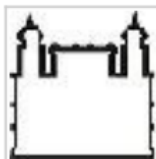
ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.6 ATENDIDA

7.7) O TCLE devem ser rubricado em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador). Essas exigências têm o objetivo de garantir um dos direitos do participante: o de receber o TCLE devidamente assinado e rubricado por ele e o pesquisador (Resolução CNS nº 466/2012, item IV.5.d). Assim, destinar campo para rubricas de pesquisadora e participante em cada página ou explicitar no texto a necessidade de se rubricá-las.

Resposta da pendência 7.7 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere as marcações a serem rubricadas em todas as

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

páginas."

Documento anexado para a pendência 7.7:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.7 ATENDIDA

7.8) Inserir no texto antes do espaço destinado à assinatura do participante da pesquisa, que o participante entendeu os riscos e benefícios e não apenas os objetivos da participação da pesquisa, conforme o texto proposto: "Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e concordo em participar", caracterizando, assim, que a pesquisa lhe foi esclarecida e, portanto, dando o seu consentimento de forma livre". Solicita-se que o pesquisador veja as orientações do CEP/ENSP instrutivo para a elaboração de TCLE/RCLE e Registro de Consentimento, em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários", no endereço eletrônico <https://cep.ensp.fiocruz.br/documentos-necessarios> (Res CNS 510/16, Art 17).

Resposta da pendência 7.8 pela pesquisadora:

"Feita as devidas correções no que se refere a declaração de entendimento dos objetivos, riscos e benefícios da sua participação na pesquisa."

Documento anexado para a pendência 7.8:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.8 ATENDIDA

7.9) O pesquisador deve estar atento aos possíveis riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção, a fim de evitar dano ou atenuar seus efeitos. Descrever os

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

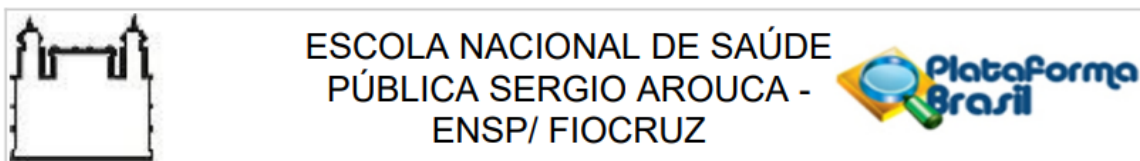
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

possíveis riscos e as medidas para minimizá-los, na Plataforma Brasil e, em linguagem direta ao participante, no TCLE (Res. CNS 510/16 Art. 19, parágrafo 2º; Res CNS 466/12, IV.3.d).

Resposta da pendência 7.9 pela pesquisadora:

" Modificado" Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012, " Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para ameniza-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes". É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pelas recordações ou por reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em funções de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responderas a questões sensíveis do questionário. Relacionado a possibilidade dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras."

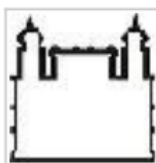
Documento anexado para a pendência 7.9:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.9 ATENDIDA

7.10) O TCLE/RCLE deve explicitar os benefícios diretos ou indiretos aos participantes da pesquisa e/ou para a comunidade. Solicita-se adequação. (Res.CNS 510/16, art 17°.V). Solicita-se que o pesquisador veja as orientações do CEP/ENSP instrutivo para a elaboração de TCLE/RCLE e Registro

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

de Consentimento, em "Pesquisa – Projetos de Pesquisa – Documentos necessários, no endereço eletrônico <https://cep.ensp.fiocruz.br/documentos-necessarios>".

Resposta da pendência 7.10 pela pesquisadora:

"Modificado" Se caracteriza como benefícios da pesquisa o compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação."

Documento anexado para a pendência 7.10:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.10 ATENDIDA

7.11) Apresentar como será o retorno dos resultados da pesquisa aos participantes, incluir no TCLE, lembrando que é compromisso do pesquisador em divulgar os resultados da pesquisa, em formato acessível e adequado ao grupo ou população em que foi pesquisada (Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 3º, Inciso IV e Art. 17, Inciso VI; Resolução CNS 466/16, item 3.3.d). O CEP/ENSP esclarece que publicação de artigos científicos, publicação da dissertação/tese, apresentação em congressos, são formas de divulgação dos resultados da pesquisa. No entanto, não são consideradas formas de retorno aos participantes.

Resposta da pendência 7.11 pela pesquisadora:

"Feitas as devidas alterações em referência ao retorno dos resultados da pesquisa aos participantes TCLE "modificado" e com marcações."

Documento anexado para a pendência 7.11:

- TCLE

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.11 ATENDIDA

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

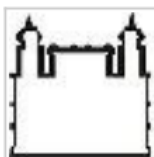
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

7.12) O participante tem o direito à assistência integral por parte da pesquisa caso sofra qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, ainda, a buscar indenização através de vias judiciais. O termo de consentimento deve conter explicitação da assistência e do direito a solicitação de indenização (Resolução 466, item V.7; Resolução CNS 510 de 2016 art. 19; Código Civil Lei 10,406 DE 2002, Artigos 927 e 954)

Resposta da pendência 7.12 pela pesquisadora:

"Feita as devidas alterações em referência direito à assistência integral por parte da pesquisa caso sofra qualquer tipo de dano resultante de sua participação TCLE "modificado" e com marcações."

Documento anexado para a pendência 7.12:

- TCLE

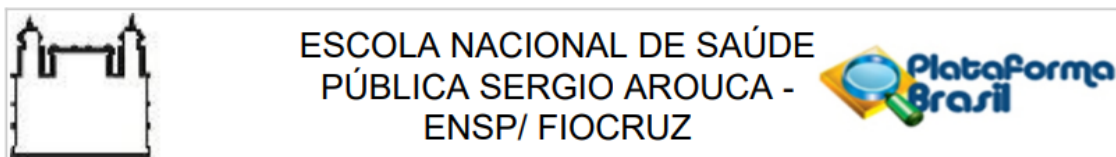
ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 7.12 ATENDIDA

8. Item de Pendência: O Cronograma da pesquisa deve descrever detalhadamente todas as etapas da pesquisa, a duração total e as diferentes etapas, incluindo o período de análise ética, o início do campo da pesquisa ou de acesso aos dados, assim como o envio dos relatórios semestrais e relatório final ao CEP (Norma Operacional 001 Norma Operacional NS 001 de 2013, item 3.3.f). Ademais, no cronograma foi informado que a coleta de dados está prevista para o dia 22/04/2022. Considerando que o estudo se encontra em análise ética pelo no Sistema CEP/Conep até a presente data e que há pendências a serem respondidas, solicita-se adequação desta etapa. Ressalta-se ainda a necessidade de descrever a duração das diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito do pesquisador de que o estudo será iniciado somente a partir da aprovação pelo Sistema CEP/Conep (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f). Compatibilizar o cronograma na Plataforma Brasil e Projeto de Pesquisa.

Resposta da pendência 8 pela pesquisadora:

"Refeito o CRONOGRAMA com todas as etapas da pesquisa, alteração da data conforme orientação e com o compromisso de que a pesquisa só terá início a partir da aprovação do CEP/CONEP."

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

Documento anexado para a pendência 8:

- Cronograma_modificado

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA 8 ATENDIDA

O protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

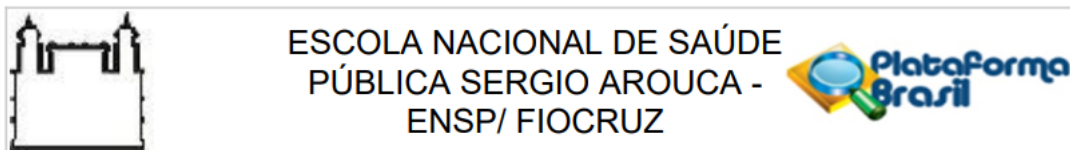
Obs: Projeto com Instituição Coparticipante registrada na Plataforma Brasil deverá aguardar a emissão do parecer de aprovação do respectivo CEP para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO. ***

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 5.434.546

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deverá ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na página eletrônica do CEP/ENSP (<https://cep.ensp.fiocruz.br/>)

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

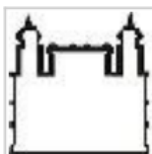
3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	SheilaCristinaCorreadaSilva_FR.pdf	27/05/2022 10:06:18	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1885476.pdf	01/05/2022 20:01:35		Aceito
Outros	ENTREVISTAS_PDF.pdf	01/05/2022 19:55:34	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	MODIFICADO_PROJETO_POS_QUALIFICACAO_PDF.pdf	01/05/2022 19:51:18	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

Investigador	MODIFICADO_PROJETO_POS_QUALI FICACAO PDF.pdf	01/05/2022 19:51:18	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Outros	TAI_MODIFICADO_PDF.pdf	01/05/2022 19:47:47	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Outros	FORMULARIO_RESP_PENDENCIA_P ARECER_5340123_PDF.pdf	01/05/2022 19:42:50	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_FINAL_PDF.pdf	01/05/2022 19:38:20	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.docx	01/05/2022 19:30:48	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento_Modificado.pdf	23/04/2022 19:29:38	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Modificado.pdf	23/04/2022 19:25:48	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	23/04/2022 19:20:23	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_pos_qualificacao.pdf	19/03/2022 08:02:12	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/03/2022 07:58:50	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Formulario_encaminhamento.pdf	13/02/2022 07:04:27	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento.pdf	13/02/2022 06:34:00	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito
Brochura Pesquisa	carta_semus_.pdf	13/02/2022 06:26:34	SHEILA CRISTINA CORREA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

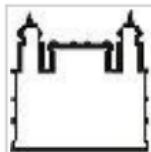
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.434.546

RIO DE JANEIRO, 27 de Maio de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B - CRONOGRAMA

A pesquisa teve seu início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 27 de maio de 2022.

Atividades	2022 Mar	2022 Abr	2022 Mai	2022 Jun	2022 Jul	2022 Ago	2022 Set	2022 Out	2022 Nov
Submissão do Projeto no CEP/ENSP									
Coleta de Dados, avaliação de compreensão e aspectos operacionais (teste piloto)									
Construção de banco de dados									
Aplicação do questionário									
Análise dos dados									
Redação da Dissertação									
Defesa da Dissertação									
Devolutiva da Dissertação									

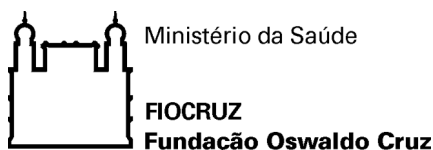
NOTAS

Lésbica é o termo utilizado para designar mulheres que se identificam como mulheres e se relacionam sexual e afetivamente com outras mulheres. A palavra lésbica vem do latim *lesbius* e originalmente referia-se somente aos habitantes da ilha de Lesbos, na Grécia. A ilha foi um importante centro cultural onde viveu a poetisa Safo, entre os séculos VI e VII A.C. muito admirada por seus poemas sobre amor e beleza, em sua maioria dirigida às mulheres. Por esta razão, o relacionamento sexual entre mulheres passou a ser conhecido como lesbianismo ou safismo. Bissexual é aquela pessoa que tem interesses afetivos e sexuais por pessoas de ambos os sexos.

Orientação sexual é quando se tem atração emocional, afetiva ou sexual por pessoas de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais possibilidades de gênero, assim como, se relacionar intimamente e sexualmente com essas pessoas.

Identidade de gênero é uma experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o corpo biológico (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros).

ANEXO C - TCLE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP/FIOCRUZ

TÍTULO DO PROJETO: A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira, Prof. MSc Ernane Alexandre Pereira e Mestranda Sheila Cristina Corrêa da Silva.

Prezado(a) senhor(a),

Convido a(o) senhora(or) a participar deste projeto, pois a pesquisa “**A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ**”, trará contribuições para os estudos sobre esse assunto. Sua participação é voluntária e consistirá em uma entrevista por meio de um formulário semiestruturado após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Eu sou Sheila Cristina Corrêa da Silva e estou cursando o Mestrado Profissional - Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade, curso pertencente a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Estou desenvolvendo, juntamente com o Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira, este projeto de pesquisa que tem por título: A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ____/____/____

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

O objetivo geral deste projeto será: Analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimentos no município de Belford Roxo/RJ e os objetivos específicos, será identificar se, existem diferenças e especificidades nos atendimentos prestados as lésbicas e bissexuais, em contraponto com as demais mulheres; pesquisar as singularidades e as especificidades existentes nos atendimentos prestados a mulheres heterossexuais e as mulheres lésbicas e bissexuais; traçar um levantamento acerca da orientação sexual e a identidade sexual das usuárias (se identificada pelas/os profissionais e/ou autodeclarada pelas usuárias).

As (os) participantes dessa pesquisa serão as (os) profissionais de saúde da Secretaria Municipal de Saúde -SEMUS, Belford Roxo, Rio de Janeiro.

Você está sendo convidada (o) por ter 18 anos ou mais e ser profissional da área de saúde no município de Belford Roxo.

Este projeto de pesquisa recebeu permissão da Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS, Belford Roxo, Rio de Janeiro.

Serão garantidos os princípios da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça, liberdade, equidade e confidencialidade, de modo a ser afiançado o sigilo e anonimato das pessoas entrevistadas.

Lembrando que publicações de artigos científicos, publicações da dissertação, apresentação em congressos, são formas de divulgação dos resultados da pesquisa. No entanto, como compromisso ético, iremos retribuir os conteúdos trabalhados e analisados neste projeto por meio de uma devolutiva através de uma visita de retorno, promovendo uma roda de conversa para apresentarmos aos participantes os resultados da dissertação.

Em conformidade com o item V da Resolução CNS 466/2012, " Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos em tipos e gradações variados. Quanto maiores e mais evidentes os riscos, maiores devem ser os cuidados para amenizá-los e a proteção oferecida pelo Sistema CEP/CONEP aos participantes".

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ___/___/_____

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

É possível elencar riscos previsíveis tais como: cansaço ou aborrecimento ao responder o questionário; desconforto provocado pelas recordações ou por reforços na conscientização sobre uma condição física, psicológica ou profissional restritiva ou incapacitante; alterações de visão de mundo, de relacionamentos, de comportamentos e satisfação profissional em funções de reflexões evocadas a partir do questionário; medo e insegurança relacionado ao julgamento próprio sobre a capacidade de responder ao instrumento de coleta de dados; quebra de anonimato; invasão de privacidade ao responderas a questões sensíveis do questionário. Relacionado a possibilidade dessas ocorrências serão garantidos os seguintes aspectos: respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; que os dados obtidos na pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo e conforme acordado no TCLE; confidencialidade e a privacidade; a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades; a não violação e a integridade dos documentos (danos físicos, cópias, rasuras) estar atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; acesso aos resultados individuais e coletivos; minimizar desconforto, garantindo local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. Se caracterizara como benefícios da pesquisa o compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação

Se alguma pergunta lhe causar desconforto, a(o) senhora(or) poderá deixar de responder à pergunta que causar esse incômodo. Ao participar desta pesquisa, a(o) senhora(or), não será identificada(o), permanecendo em anonimato e poderá retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Esta pesquisa também não traz gastos financeiros para a(o) senhora(or), nem qualquer forma de ressarcimento ou indenização financeira por sua participação. Além disso, sua participação nesta pesquisa não é obrigatória e, caso não queira mais participar, sua vontade será respeitada.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização da (o) entrevistada (do).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ___/___/_____

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

O tempo de duração da entrevista será de aproximadamente quarenta minutos.

Os resultados desta pesquisa serão publicados de forma anônima em revistas especializadas de tal forma que a(o) senhora(or), nem nenhum outro participante será identificado. A(o) senhora(or) poderá fazer perguntas e tirar dúvidas antes, durante e/ou depois da participação na pesquisa.

Tais esclarecimentos podem ser obtidos com o Prof. Dr. Aldo Pacheco Ferreira e a discente Sheila Cristina Corrêa da Silva por meio dos emails e telefones especificados abaixo. Se desejar, a(o) senhora(or) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que analisou esta pesquisa através do seguinte endereço: Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz Rua Leopoldo Bulhões 1480, térreo. Manguinhos. Rio de Janeiro – RJ. Telefone: (21) 2598-2863, no horário de atendimento: 9:00h - 16:00h.

Caso seja necessário o seu deslocamento ao local da pesquisa especificamente para participação deverá receber ressarcimento para o transporte e, caso demande tempo suficiente deverá receber alimentação também, para si e para seu acompanhante, quando necessárias. Ambos os pagamentos devem ser entendidos como ressarcimento de gastos específicos por participação na pesquisa e o custeio será feito pela própria pesquisadora.

Se a(o) senhora(or) aceitar participar desta pesquisa, precisará escrever sua assinatura, rubricar todas as folhas no TCLE em duas vias e responder “SIM” na pergunta abaixo. Uma via ficará com a(o) senhora(or) e a outra ficará com os pesquisadores e será arquivada por cinco anos pelos mesmos, juntamente com o conteúdo das entrevistas.

Você concorda em participar da pesquisa?

() Sim () Não

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ____/____/____

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____

Autorizo a gravação da entrevista

() Sim () Não

Caso tenha dúvidas adicionais entre em contato comigo ou com meu orientador.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa “**A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ**”, e concordo em participar.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Desde já, agradeço sua atenção e colaboração!

Belfort Roxo/RJ, Data: __/__/__

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Professor Aldo Pacheco Ferreira Fone: (21) 3882-9222. E-mail:
aldopachecoferreira@gmail.com

Discente Sheila Cristina Corrêa da Silva Fone 993390480 E-mail:
sheilla.c.correa@gmail.com

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido __/__/__

Rubrica pesquisador: _____ Rubrica participante: _____



A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

**ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS
DAS (OS) PROFISSIONAIS ATIVOS NAS UNIDADES DE SAÚDE:**

Idade:	
Orientação Sexual	Identidade de Gênero
Religião	Raça
Função/Cargo:	
Há quanto tempo exerce essa função na Unidade (especificar)?	
Já exerceu essa atividade em outra Unidade?	
Em caso positivo, por quanto tempo?	
Tempo de Formado:	
Instituição de Formação (Graduação):	
Possui Residência ou Especialização?	
Em caso positivo, em que área?	

Data: / /2022 Hora início: : h Hora encerramento: : h

Nome do/a Entrevistador(a):

ANEXO D - PERGUNTAS**BLOCO A: Papel da Unidade _____ (Prefeitura Municipal de Belfort Roxo, Rio de Janeiro) na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais**

1A. Em sua opinião, qual o papel da Unidade _____ na assistência a mulheres lésbicas e bissexuais?

2A. A nossa pesquisa trabalha com dois conceitos: acesso e qualidade. Em sua opinião, o que seria o acesso? E a qualidade?

3A. Você acredita que existam mulheres lésbicas e bissexuais que tenham dificuldade para acesso a esse serviço de saúde?

3A.1. Se sim: Quais são as dificuldades que elas encontram?

3A.2. Se não: Por quê?

BLOCO B: Papel da Unidade _____ e o atendimento às mulheres lésbicas e bissexuais (acesso)

1B. Existe na área de abrangência da unidade em que você atua, alguma paciente lésbica ou bissexual?

2B. Em algum momento de sua atuação na unidade, você atendeu a alguém lésbica ou bissexual?

3 B. Como você soube que ela era Lésbica ou Bissexual?

Se **sim**:

3B.1. Me conte como foram(oi) esse(s) atendimento(s).

3B.2. Você sentiu que estava preparado(a) para esse atendimento?

3B.3. Quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.4. Quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.5. Após o atendimento deste (a) houve vinculação desse (a) paciente a Unidade? Se sim, como você percebeu que esse vínculo foi estabelecido?

3B.6 Quais são as principais demandas de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais em sua equipe?

Demandas:

Se **não há, relate**:

3B.7 Por que você acha que nenhuma paciente lésbica ou bissexual procurou a unidade de saúde após o atendimento?

3B.8 Você considera que esteja preparado para atender a pacientes dessa população? Por quê?

4B. Quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

5B. Quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

6B. Em sua opinião, quais as condições de saúde das mulheres lésbicas e bissexuais atualmente?

7B. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

8B. Como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos a população (lésbica ou bissexual) na Unidade?

9B. Se o(a) entrevistado(a) considerar que não há as ações e serviços de saúde dirigidos à população pesquisada, interrogar como ele(a) acredita que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na Unidade.

10B. O que você acredita que deva ser de responsabilidade da Unidade no cuidado em saúde a essa população?

11B. Como você percebe a relação dos(as) profissionais de saúde de sua equipe com a população pesquisada?

12B. Os profissionais de saúde trazem para a Unidade demandas vindas da população pesquisada?

12B.1. Se sim, quais?

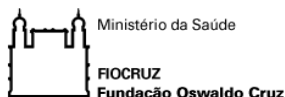
12B.2. Se não, por que você acredita que eles não trazem essas demandas?

13B. Em sua opinião, os(as) profissionais de saúde estão preparados(as) para identificar/atender às demandas dessa população? Por quê?

14B. Em sua opinião, os(às) demais membros da equipe estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

15B. Considerando que você atendeu em alguns momentos a população pesquisada, quantas mulheres lésbicas e bissexuais em média você se recorda que passou pelo atendimento na unidade de saúde?

ANEXO E - AUTORIZAÇÃO



Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Profissional (Ensp/Fiocruz)

Mestrado Profissional - Direitos Humanos, Justiça e Saúde: Gênero e Sexualidade

TÍTULO DO PROJETO: A saúde das mulheres lésbicas e bissexuais: ausências e direitos humanos no município de Belford Roxo/RJ

PESQUISADORES: 1) Mestranda: Sheila Cristina Corrêa da Silva 2) Orientadores: Aldo Pacheco Ferreira e Ernane Alexandre Pereira

À Secretaria Municipal de Saúde -SEMUS, Belford Roxo, Rio de Janeiro

Aos cuidados do Secretário de Saúde de Belford Roxo, Sr. Christian Vieira da Silva

Caro sr. Secretário de Saúde, face ao desenvolvimento do mestrado na Ensp/Fiocruz, pretendemos dar encaminhamento à pesquisa do mestrado no primeiro semestre deste ano vigente, assim que o estudo for aprovado e liberado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ.

O objetivo do projeto é de analisar as representações, percepções e práticas de atendimentos prestados às lésbicas e bissexuais por profissionais da saúde, nas unidades de atendimentos no município de Belford Roxo/RJ.

Assim, por meio destes esclarecimentos, solicitamos sua autorização para utilização dos dados necessários a pesquisa a serem coletados pela mestranda Sheila Cristina Corrêa da Silva durante período de entrevistas com os (as) profissionais de saúde na SEMUS, na Clínica da Mulher Profª Fernanda Bicchieri Soares, no Posto Saúde Neuza Goulart Brizola (NGB) e no Hospital Municipal de Belford Roxo, que atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa e que expressem consentimento para a coleta de informações estritas ao âmbito do projeto.

Os riscos dessa pesquisa são considerados mínimos por se tratar de levantamento de dados relativos à saúde. O sigilo das informações levantadas está assegurado pelo Termo de Compromisso e Confidencialidade, o qual garante que as informações não serão divulgadas fora desse projeto.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

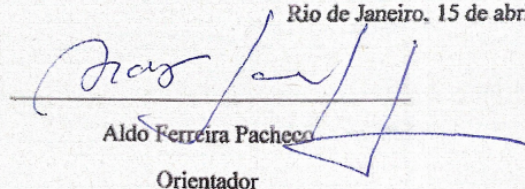
Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Dessa forma, buscamos por meio deste documento pedir ao senhor que avalie a possibilidade de viabilizar que esse momento possa acontecer por meio de visitas agendadas previamente, com tal antecedência que não comprometa o andamento e a rotina das atividades institucionais.

Pedimos que o senhor e sua equipe avaliem esse pedido, para que o Comitê de Ética não inviabilize a continuidade da pesquisa e não comprometa o encaminhamento do estudo do mestrado da discente Sheila Cristina Corrêa da Silva.


Cordialmente,

Rio de Janeiro, 15 de abril de 2022


Aldo Ferreira Pacheco
Orientador

Apreciação do Secretário Municipal de Saúde de Belford Roxo, Sr. Christian Vieira da Silva

Concedido Não Concedido


Christian Vieira da Silva
Secretário Municipal de Saúde de Belford Roxo

Christian Vieira da Silva
Sec. Municipal de Saúde
Mat. 82143827 - F. 1166

ANEXO F - DEDICATÓRIA

