

**PÂMELA SILVA DOS SANTOS**

**SAÚDE DAS LÉSBICAS:  
compreensão dos profissionais de saúde na atenção primária**

Dissertação de Mestrado vinculada ao Programa  
Stricto Sensu Mestrado Acadêmico em Ambiente e  
Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

**Orientadora: Dra. Juliana Cristina  
Lessmann Reckziegel**

**Coorientadora: Dra. Mareli Eliane Graupe**

Linha de pesquisa 1 – Ambiente, Sociedade e  
Saúde

**LAGES**

**2020**

### Ficha Catalográfica

S237s Santos, Pâmela Silva dos.  
Saúde das lésbicas: compreensão dos profissionais de saúde na atenção primária/Pâmela Silva dos Santos – Lages, SC, 2020.  
75 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

Orientadora: Juliana Cristina Lessmann Reckziegel  
Coorientadora: Mareli Eliane Graupe

1. Invisibilidade. 2. Lésbicas. 3. Profissionais. 4. Saúde. 5. Política Nacional de Saúde Integral LGBT.  
I. Reckziegel, Cristina Lessmann. II. Graupe, Mareli Eliane. III. Título.

CDD 614

**Catlogação na Fonte: Biblioteca Central**

Pâmela Silva dos Santos

**SAÚDE DAS LÉSBICAS: COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 29 de maio de 2020

**Banca Examinadora:**

**Participação remota – Instrução normativa 04/PPGAS/2020**

**Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – Licença Gestão**  
(Orientadora)

\_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Mareli Eliane Graupe**  
(Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora – PPGAS/UNIPLAC)

\_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Yalim Brizola Yared**  
(Examinadora Titular Externa – PPGE/UNISUL)

\_\_\_\_\_

**Profa. Dra. Vanessa Valgas dos Santos**  
(Examinadora Titular Interna - PPGAS/UNIPLAC)

\_\_\_\_\_



## AGRADECIMENTOS

À professora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel, pela disponibilidade, respeito e encorajamento durante o processo de orientação.

À professora Dra. Mareli Eliane Graupe, pela colaboração para a finalização da dissertação, e igualmente pelo valoroso respeito e dedicação à coorientação.

A todas as professoras do Mestrado em Ambiente e Saúde da UNIPLAC, bem como aos estimados colegas de jornada, sem os quais esse processo não se tornaria tão singular.

À Prefeitura Municipal de Lages, pela concessão da bolsa de estudos que oportunizou, para mim, a realização dessa formação acadêmica e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (Termo de Outorga 2019TR70) pelo apoio ao Grupo de Pesquisa.

Um estimado agradecimento à toda a equipe da Diretoria de Atenção Básica de Lages, em nome da Secretária Municipal de Saúde, Odila Waldrich, pela contribuição para minha formação ao possibilitar de todas as formas, a realização deste estudo.

Agradeço, com grande admiração pelo exercício profissional mesmo diante de tantas adversidades, aos colegas trabalhadores participantes da pesquisa e todas as pessoas que contribuíram para que a coleta de dados fosse realizada.

Agradeço à minha mãe Sandra Montserrat, pela vida, pelo respeito, pelos valores éticos repassados à mim e ao meu irmão Eliezer, pelo apoio incondicional e principalmente por ter me ensinado tudo sobre coragem.

Dedico esse trabalho à toda a comunidade LGBT, especialmente às mulheres que dela fazem parte. Nossa força é coletiva, espero ter conseguido representar um pouco da nossa voz e da nossa luta, que é diária e intransigente.



## RESUMO

A aproximação das mulheres com as agendas do movimento feminista suscitou que temas como o machismo, a misoginia e a própria invisibilidade feminina entrassem na pauta dos movimentos de lésbicas, mulheres bissexuais, transexuais e travestis, qualificando as discussões e evidenciando as lutas por demandas específicas desses grupos. Uma estratégia para a garantia de equidade no Sistema Único de Saúde foi a implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2013). Esta política preconiza o respeito a população LGBT sem preconceito e sem discriminação para a garantia da humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde dessa população. Esse estudo teve como objetivo geral conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das ações de saúde das mulheres lésbicas da cidade de Lages (SC). Essa pesquisa possui uma abordagem quantitativa, na qual os dados foram coletados através de um questionário que foi preenchido por 218 profissionais que atuam na Atenção Básica do Município de Lages. Os resultados do estudo apontam que os profissionais conhecem pouco sobre as questões de saúde das lésbicas, o que fica explicitado diante do dado onde 96,38% dos profissionais nunca participaram de nenhum tipo formação sobre a temática da saúde da população LGBT. Foi possível constatar que não ocorre a identificação da população de lésbicas no território de Lages, e portanto, o não reconhecimento das vulnerabilidades específicas e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de atendimento à essa população, seja de promoção de saúde ou prevenção de agravos. Dessa forma, considera-se que a atenção e o cuidado disponibilizados às lésbicas pelos profissionais na atenção primária em Lages (SC) vai ao encontro do preconizado pela Política Nacional de Saúde LGBT. Indica-se o investimento nos processos de educação em saúde para os trabalhadores sobre as questões de saúde da população LGBT, a fim de divulgação e efetivação da PNSI-LGBT.

**Palavras-chave:** invisibilidade, saúde, lésbicas, profissionais, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

## **LESBIAN HEALTH:** understanding health professionals in primary care

### **ABSTRACT**

The approximation of women to the agendas of the feminist movement has led to themes such as machismo, misogyny and the very invisibility of women entering the agenda of the movements of lesbians, bisexual, transsexual and transvestite women, qualifying the discussions and highlighting the struggles for specific demands of these groups. A strategy to ensure equity in the Single Health System was the implementation of the National Integral LGBT Health Policy (2013). This policy advocates respect for the LGBT population without prejudice and discrimination to ensure humanization in the promotion, protection, care and health care of this population. This study had the general objective of knowing the understanding of Primary Care professionals about the health actions of lesbian women in the city of Lages (SC). This research has a quantitative approach, in which the data were collected through a questionnaire that was filled out by 218 professionals who work in the Basic Care of the City of Lages. The results of the study indicate that professionals know little about lesbian health issues, which is made explicit by the fact that 96.38% of professionals have never participated in any type of training on the health issue of the LGBT population. It was observed that there is no identification of the lesbian population in Lages territory, and therefore, no recognition of specific vulnerabilities and the need to develop strategies to assist this population, either in health promotion or prevention of illnesses. Thus, it is considered that the attention and care provided to lesbians by primary care professionals in Lages (SC) is in line with that recommended by the National LGBT Health Policy. The investment in health education processes for workers on LGBT population health issues is indicated, in order to publicize and implement the PNSI-LGBT.

**Keywords:** invisibility, health, lesbians, professionals, of the National Integral LGBT Health Policy.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GGB	Grupo Gay da Bahia
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papiloma Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PML	Prefeitura do Município de Lages
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSI-LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	População e amostra do estudo	30
<b>Tabela 2</b>	Perfil sócio demográfico dos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde	34
<b>Tabela 3</b>	Conhecimentos dos profissionais sobre população LGBT+	36
<b>Tabela 4:</b>	A (in)visibilidade das lésbicas na APS	37
<b>Tabela 5</b>	Percepção dos profissionais acerca das violências	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA .....	15
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	17
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	18
3.1 LÉSBICAS, SOCIEDADE BRASILEIRA E O PATRIARCADO .....	18
3.2 INVISIBILIDADE SOCIAL E LESBOFOBIA.....	21
3.3 SAÚDE INTEGRAL DA LÉSBICA .....	22
3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE.....	24
INTEGRAL LGBT .....	24
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	28
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	28
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	29
4.3 POPULAÇÃO .....	30
4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	31
4.5 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS .....	31
4.6 ANÁLISE DE DADOS .....	32
4.7 ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	33
5.1 RESULTADOS .....	33
5.2 DISCUSSÕES .....	38
5.2.1. Conhecimentos gerais dos profissionais sobre questões LGBT .....	38
5.2.2 Conhecimentos dos Profissionais sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBT .....	40
5.2.3 Práticas profissionais de atenção às lésbicas: identificação da população .....	41
5.2.4 Atendimento e orientações específicas de saúde integral das lésbicas .....	44

5.2.5 Violências na saúde: reprodução ou enfrentamento .....	46
5.2.6 Invisibilidade lésbica na saúde .....	47
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>49</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>51</b>
<b>APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>54</b>
<b>APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE 3: ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXO 1: PARECER CEP .....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Para a compreensão da dinâmica saúde-doença é necessário considerar também seus determinantes sociais, de modo que é preciso admitir que “a exclusão social e todas as formas de opressão e discriminação - como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, bifobia, travestifobia e transfobia sofridas, interferem diretamente na qualidade de vida e saúde das pessoas e coletividades” (BRASIL, 2013).

No Brasil percebe-se uma certa omissão do poder público no levantamento de dados epidemiológicos em relação às questões da população LGBTQ+. Para tanto, existem algumas organizações não governamentais que se dedicam ao monitoramento e análise para produção desses dados, realizando periodicamente sua divulgação, especialmente voltada ao acompanhamento dos índices de violência contra pessoas transexuais e travestis. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, na apresentação do “dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019”, o Brasil lidera o ranking mundial de assassinato contra essas pessoas, se mantendo nesse lugar nos últimos 10 anos (BENEVIDES e NOGUEIRA, 2020).

A saúde das mulheres, além dos seus aspectos gerais inclui predominantemente os assuntos da reprodução e suas fases, sendo que há muito tempo as transformações do corpo feminino tornaram-se objeto de credices e mística, que alimentam preconceitos e restringem a vida e a sexualidade das mulheres (BUONICORE, 2015). Assim, o “fazer” em saúde é, talvez, o mais importante foco do controle opressivo, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade.

A aproximação das mulheres com as agendas dos movimentos feministas proporcionou que temas como o machismo<sup>1</sup>, a misoginia<sup>2</sup> e a própria invisibilidade feminina, entrassem na pauta dos movimentos de lésbicas, mulheres bissexuais, transexuais e travestis, qualificando as discussões e evidenciando as lutas por demandas específicas desses grupos (BRASIL, 2010, p.7).

Assim, esse pode ser considerado um modo a impulsionar a auto-organização do sistema de saúde posto até então.

Gênero é analisado como um mecanismo de poder político, o qual se refere aos conjuntos de leis que os hierarquizam no que corresponde a acesso a direitos e possibilidades de acesso a bens materiais e exercício de atividades de trabalho, nos quais as mulheres mantêm, invariavelmente, posições de menos favorecimento (SCOTT, 1989). Segundo a autora supracitada, a manutenção dessa submissão hierárquica do gênero feminino ocorre a partir da

---

<sup>1</sup> De acordo com o dicionário Aurélio, ideologia segundo a qual o homem domina socialmente a mulher.

<sup>2</sup> De acordo com o mesmo dicionário, aversão às mulheres.

naturalização das diferenças sexuais, da suposição de uma interioridade típica da mulher e do homem, que os colocam em permanente oposição nos modos de ser e estar no mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em sua Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (PNSI-LGBT), publicada em 2013, “o Movimento da Reforma Sanitária garantiu, através da Constituição de 1988, a saúde como direito no Brasil. Nessa política o conceito de saúde é apresentado de modo ampliado, indo além da assistência médico sanitária, ou seja, decorre inclusive do acesso das pessoas aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais”.

Uma estratégia para a garantia de equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) foi a implementação da Política LGBT. O Programa Mais Saúde – Direito de Todos, lançado no ano de 2008, legitimou o compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades, ao passo em que visa à reorientação das políticas de saúde, objetivando a ampliação das ações e serviços oferecidos. Esse programa apresenta metas específicas para o enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde, destacando as necessidades das minorias sociais, entre as quais a população LGBT (BRASIL, 2013).

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o respeito é fundamental para a garantia da humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para isso, propõe a articulação de um conjunto de ações e programas, como medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS.

Estudo realizado por Filho, Silva e Bezerra (2017), aponta uma crescente visibilidade às iniciativas voltadas para a promoção da equidade da população LGBT no SUS entre 2004 e 2014, embora com a efetivação ainda insuficientes. Esses autores enfatizam a necessidade da criação de dispositivos legais que proíbam práticas discriminatórias e de exclusão nos serviços de saúde e também a implementação de ações e estratégias de educação permanente, em conjunto com os movimentos sociais, visando a desconstrução da homofobia.

Ao encontro do que as autoras Facchini e Barbosa (2006) apresentam no “Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas Promoção da Equidade e da Integralidade”, esse tema de estudo mantém-se relevante, considerando que ainda perdura a escassez de pesquisas que considerem as questões de saúde das lésbicas, evidenciando-se uma lacuna na produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil. Também, há uma carência de Políticas Públicas de Saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, considerando o precário conhecimento dos profissionais da saúde sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde adequadas, aliados à persistência de pré-noções e preconceitos, que convertem-se, 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 acesso digno à saúde. Nesse

ínterim, considerando as prerrogativas da atenção primária à saúde, e de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, questiona-se: Qual a compreensão dos profissionais da Atenção Primária de Lages – Santa Catarina (SC), em relação às questões de saúde das mulheres lésbicas?

### 1.1 APROXIMAÇÕES COM A TEMÁTICA

O interesse por essa temática está relacionado com minha formação acadêmica e com minha atuação profissional. Sou graduada em Psicologia, com especialização nas áreas de Preceptoría para o SUS e Educação Permanente em Saúde. Funcionária Pública desde 2013, onde atuo nas Unidades Básicas de Saúde, no programa Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado pela portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008, esse programa visa a ampliação da atenção e do cuidado em saúde, utilizando como principal ferramenta o apoio matricial, estratégia realizada em conjunto pelos profissionais das equipes de saúde da família e da equipe multiprofissional do NASF. Durante minha trajetória de trabalho, o envolvimento com os processos de formação de profissionais para atuação no SUS se ampliou, tanto pela supervisão local e orientação de estudantes de Psicologia nas disciplinas de estágios obrigatórios, quanto pela atuação como preceptora nos programas de educação para o trabalho “PET-GraduaSUS” e ainda no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Enquanto mulher cisgênera, lésbica e feminista, possuo um olhar voltado para a prática profissional e de formação sobre as questões de emancipação das mulheres e meninas, e ainda situações de atenção voltadas à garantia dos direitos da população LGBTQ+. A própria vivência enquanto lésbica, somada à vivência prática profissional no cotidiano do SUS e nos territórios periféricos da cidade, mostram diversas dificuldades cotidianas dos profissionais em abordar esses assuntos na comunidade, além dos numerosos casos atendidos onde o principal fator de vulnerabilidade se relaciona com questões de gênero dos usuários e usuárias das famílias atendidas.

Assim, a escolha do tema para a pesquisa do mestrado em Ambiente e Saúde converge com a busca por ferramentas e estratégias para ampliar a minha qualificação e posteriormente, contribuir com a formação dos profissionais do SUS, por meio de palestras, debates e discussões, dando um retorno sobre a pesquisa realizada com a participação destes profissionais. Além disso, percebe-se uma lacuna em relação à estudos com a temática da saúde de mulheres lésbicas no programa de pós-graduação, pois este é o primeiro trabalho sobre a população LGBTQ+. Também, há necessidade de problematização acerca de questões de sexualidade, e de sua abordagem na

produção científica enquanto instrumento de transformação social afim de efetivar a garantia das políticas públicas com equidade para a população LGBT+.



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das questões de saúde das mulheres lésbicas da cidade de Lages (SC).

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

a) identificar práticas de atendimento/atuação profissional que considerem as questões singulares relacionadas à saúde das mulheres lésbicas;

b) relacionar o atendimento disponibilizado pela atenção primária com a Política Nacional de Saúde LGBT;

c) conhecer qual é a compreensão das/os médicas/os, enfermeiras, técnicas/os de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliares de consultório dentário e técnicos de saúde bucal, e profissionais de equipes multiprofissionais da atenção primária acerca das diretrizes de atendimento à saúde integral das mulheres lésbicas.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Nesse capítulo, serão apresentadas as referências oriundas de pesquisas, artigos e especialmente de documentos de políticas públicas existentes sobre questões relacionadas à realidade da população LGBT no Brasil.

Esse levantamento teórico pretende conduzir o leitor ao conhecimento das construções sociais que envolvem especialmente as lésbicas, bem como sobre o avanço na garantia de direitos à saúde de maneira integral, e contra as formas de preconceito e discriminação.

#### 3.1 LÉSBICAS, SOCIEDADE BRASILEIRA E O PATRIARCADO

Pode-se afirmar que a mulher é inferiorizada de diversas formas na sociedade brasileira, em função de disparidades no campo do trabalho, da cultura e da religiosidade, da expressão artística e científica, no âmbito familiar e doméstico, nas representações políticas, no campo da saúde, da segurança, da sexualidade e da orientação sexual e da identidade de gênero, citando apenas alguns aspectos principais (PERES; SOARES; DIAS, 2018).

Para as autoras Peres, Soares e Dias (2018) a misoginia, considerada uma norma implicitamente propagada pelos diversos espaços da sociedade e baseada nas estruturas sociais hierárquicas entre os sexos, caracteriza e identifica situações complexas que contribuem para a manutenção de problemas sociais. Para essas autoras, o ódio às mulheres lésbicas faz parte do modo de ser e pensar do patriarcado, pois estas são consideradas mulheres que não se submetem às normas heterossexuais que recorrentemente possibilitam a dominação masculina.

A condição lésbica diz respeito à uma estrutura sociocultural, política e econômica que perpassa todos os sujeitos e está vinculada à uma sociedade que mantém um modelo hegemônico heterossexual. É entendida como um conjunto de implicações sociais que giram em torno da figura da lésbica, que podem ser conceitos positivos ou ainda preconceitos; engloba todas as formas de representação, representatividade e construção de estereótipos (PERES; SOARES; DIAS, 2018).

As lésbicas realizam desde o início das décadas de 1980 e 1990, vários esforços de afirmação identitária no interior de organizações do movimento LGBT brasileiro, das organizações feministas e do movimento negro. Muitos grupos lésbicos surgiram em decorrência desse movimento de afirmação para a produção de uma identidade, que tal como é apresentada pelo segmento no movimento, guarda forte relação com a ideologia da “visibilidade” (ALMEIDA; HEILBORN, 2008).

De maneira recorrente o universo científico e também do senso comum tentam encontrar explicações para as homossexualidades, formulando muitas tentativas sem comprovação válida, que envolvem desde quantidades desajustadas de hormônios até relações familiares desestruturadas. Quando se busca estudos acerca das lesbianidades, as explicações não fogem dessa uma lógica causal, acrescidas ainda de referenciais androcêntricos e heteronormativos; ou seja, referências que consideram padrões culturais que supervalorizam a masculinidade e que pressupõe a heterossexualidade como norma, menosprezando outras possibilidades de existência (TOLEDO E FILHO, 2010).

Portinari (1989) citado por Toledo e Filho (2010) destaca que no discurso hegemônico, o fato de uma mulher abdicar do relacionamento com um homem para estar com outra mulher causa espanto, ainda mais se estas corresponderem aos padrões de gênero do sexo feminino. Desse modo, para uma visão androgênica e heteronormativa, a lesbianidade é considerada desprezível à medida que se opõe ao ideal da sexualidade hegemônica.

A afirmação de uma identidade envolve um processo de autoconstrução e individuação. As identidades organizam significados, são uma identificação simbólica por parte de um determinado ator social. A identidade lésbica é construída sob condições significativas e adversas, frequentemente dolorosas na história pessoal das mulheres e mediadas por diferentes processos de exclusão, como por exemplo, a partir do enfrentamento à ocorrência da rejeição familiar, das dificuldades para estabilização da carreira profissional e pela necessidade de afirmação contínua dos direitos. Trata-se de uma identidade que projeta as mulheres numa luta exaustiva e dispendiosa em prol da aceitação, razão pela qual é uma identidade frequentemente rejeitada pelas mulheres que mantêm relacionamentos homossexuais, ou seja, ainda que a mulher mantenha relações homossexuais, a identidade enquanto lésbica é renegada. (ALMEIDA; HEILBORN, 2008).

A identidade é definida em um contexto marcado por relações de poder e assume pelo menos três formas: legitimadora, de resistência e de projeto. A categoria que mais se aplica à identidade lésbica é a de resistência. Para Castells (1999) uma característica elementar da identidade de resistência é ser criada por atores que se encontram em posições/condições desvalorizadas e/ou estigmatizadas. Essa identidade conduz à formação de comunas - ou comunidades, que proporcionam resistência coletiva em face da opressão, que permite torná-la suportável.

Diferentes elementos provenientes da história, da biologia, das instituições produtivas e reprodutivas, das memórias coletivas e fantasias pessoais, pelos aparatos de poder, interagem para a definição de identidades e são processados pelos indivíduos, grupos sociais e sociedades, que reorganizam seu significado em função de tendências sociais e projetos culturais enraizados na

sua estrutura social e sua visão de tempo/espço. Para o movimento de lésbicas, fazer-se ver pela sociedade postulando para si uma identidade que se afaste da possibilidade de estigma é um caminho para a superação das desigualdades, discriminações e subordinações próprias da condição (CASTELLS, 1999). Assim, de acordo com esse grupo, a apropriação da identidade da “sapatão” - termo utilizado em sua origem de forma pejorativa, ressignifica e reafirma uma identidade de resistência.

As lésbicas possuem os mesmos direitos e deveres que as demais cidadãs e cidadãos da nação, portanto, deve lhes ser garantido o direito fundamental de uma vida digna, porém, ainda fazem parte de uma parcela da sociedade que tem sistematicamente oprimidos seus direitos básicos. São alvos de diversas manifestações de discriminação, que impossibilitam o desenvolvimento pleno de suas demandas, desejos, ambições e direitos (PERES; SOARES; DIAS, 2018).

A definição de identidade constitui uma das sustentações principais para o diálogo das lésbicas com o Estado, além de possibilitar a construção de um movimento social com características autônomas, capaz de vocalizar demandas específicas e de autossustentação. Definir-se dentro de uma identidade se constitui como um elemento essencial para a possibilidade de fortalecimento e autonomização de um grupo, ao passo que abre caminho para a expressão de reivindicações comuns (CASTELLS, 1999). A transformação da sociedade e a busca de concepções mais inclusivas de justiça podem acontecer através do combate à cultura do machismo, da misoginia e da lesbofobia, com o enfrentamento aos preconceitos contra lésbicas e mulheres não heterossexuais<sup>1</sup>.

---

<sup>3</sup> Termo para contemplar mulheres que não se autodeclaram lésbicas, porém mantém relacionamentos afetivos e/ou sexuais com outras mulheres, eventualmente ou não, exclusivamente ou não.

### 3.2 INVISIBILIDADE SOCIAL E LESBOFOBIA

Segundo os Princípios de Yogyakarta, documento redigido por 29 eminentes especialistas de 25 países, em novembro de 2006, na cidade de Yogyakarta na Indonésia, pela iniciativa da Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, compreende-se: “[...] orientação sexual como uma referência à capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas” (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006, p.7). E “[...] identidade de gênero a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo os conceitos de senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2006, p.7).

O Grupo Gay da Bahia – GGB, no site Homofobia Mata, registra e divulga os casos de assassinato, suicídio e violências que a população LGBT sofre no país. Segundo dados dessa organização, em 2018: “420 LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) morreram no Brasil vítimas da homolesbotransfobia. Em termos absolutos, morreram 191 gays (45%), seguido de 164 trans (39%), 52 lésbicas (12%), 8 bissexuais (2%) e 5 heterossexuais (1%)”. A inclusão das pessoas heterossexuais ocorre por terem sido assassinadas ao serem confundidas com gays, ou estarem diretamente envolvidas com a cena ou com indivíduos LGBT quando executados, e por isso, a inserção do signo “+” após a sigla LGBT.

De um modo geral, a violência e assassinato contra mulheres lésbicas crescem no Brasil, com um aumento de mais de 237% no número de casos de 2014 para 2017 – ano que se registrou o maior número de casos de suicídios nessa população, segundo o “Dossiê do Lesbocídio”. Com os dados elencados pelo dossiê, é possível traçar o perfil da lésbica que mais sofre com a violência: jovens até 24 anos, não feminilizadas e negras.

Em Santa Catarina, 69% dos casos registrados aconteceram no interior do estado, e o agressor geralmente foi alguém com vínculos afetivos e/ou familiares com a vítima, sendo 83% das mortes causadas por homens. A constatação de que as lésbicas não estão sujeitas a certos poderes exclusivos dos homens e que permeiam a relação deles com a maior parte das mulheres também pode ser motivadora de lesbofobia, pois nestes casos, lésbicas são frequentemente vistas como “indomáveis” e, portanto, perigosas. O aumento dos registros de violência contra lésbicas traz um dado alarmante: essas mulheres estão sendo assassinadas e suicidadas no Brasil e esses

números provavelmente são superiores aos apresentados na pesquisa, conclui o Dossiê do Lesbocídio.

Segundo o Mapa da Violência de 2015, a população juvenil é a que mais morre no país, concentrando as maiores taxas de mortalidade na faixa etária que compreende pessoas de 15 a 29 anos - população predominantemente jovem, em idade produtiva e com sexualidade mais ativa (WAISELFISZ, 2015). Peres, Soares e Dias (2018) constataam em seus estudos que uma mulher lésbica tem o dobro de chances de ser morta em região interiorana se comparado às capitais brasileiras.

A pouca atenção dada às informações acerca do tema também consiste em demonstrativo de lesbofobia, racismo, machismo, classismo e tantos outros preconceitos agregados que predispõem a manutenção do ciclo de violência e descaso com estas pessoas no Brasil e no mundo. Nesta perspectiva, se faz necessário buscar a compreensão sobre o vazio de referências para a atenção à saúde das lésbicas, pautando para isso o silêncio histórico que aproxima a invisibilidade lésbica das práticas de atenção à saúde, que por sua vez conduz às insuficientes políticas públicas para o subsídio dos direitos humanos destas mulheres.

Para Navarro-Swain (2000) 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 [...] Uma tênue linha separa o existido e o dito, ou seja, uma experiência toma existência apenas quando narrada, escrita, arquivada. Mas, se este movimento de registro inexistente, desaparece com ele toda uma experiência. Em resumo, ao doar potência à capacidade construtora do discurso, a autora afirma que tudo aquilo que não é dito, tem sua existência abalada. Logo, se a História não se pronuncia, não existe. Traz o exemplo de como as mulheres, na Inquisição (em meados do séc. XVII), eram acusadas de serem bruxas por suas práticas homossexuais e que, na ausência de termo para nomeá-las, eram chamadas de "sodomitas". Dessa forma, a ausência do nome produz a ausência do personagem. Esse silêncio, para Navarro-Swain (2000), parece reforçar certa ordem heteronormativa e patriarcal (SOUZA; CARVALHO; CALDERARO, 2013, p. 115).

### 3.3 SAÚDE INTEGRAL DA LÉSBICA

As autoras Carvalho, Calderaro e Souza (2013) analisaram os documentos científicos e políticas de saúde direcionadas para mulheres lésbicas e trazem o questionamento sobre as especificidades de saúde da população lésbica que não estariam sendo respondidas de forma contundente pelas Políticas Públicas de Saúde, apontadas pela Rede Feminista de Saúde.

Considera-se que as questões de saúde que acometem este grupo específico, estão também presentes na população em geral, entretanto, estabelecem relação estrita com a forma com que a

orientação à saúde dessas mulheres é realizada socialmente. Em relação às questões ginecológicas e sexuais, é possível citar como exemplo as orientações e intervenções em relação à prevenção do câncer de mama, que tem como fator de risco a nuliparidade e/ou a baixa realização de exames preventivos; assim como o câncer do colo do útero que tem como fatores de risco a presença do vírus HPV, o início precoce da vida sexual, e/ou multiplicidade de parcerias sexuais; a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST) relacionadas aos tipos de práticas sexuais e a possível ausência de percepção do risco. Somado a estes estão a parca oferta de tecnologias de prevenção e a dificuldade de acesso aos serviços ginecológicos, que muitas vezes pode se dar pela negação da necessidade desses cuidados e também pela lesbofobia por parte dos profissionais de saúde (FACCHINI, BARBOSA, 2006).

O estudo argentino de Bronw et al.,(2014), que se debruçou à análise da atenção ginecológica para mulheres bissexuais e lésbicas, encontrou na chamada “lógica da invisibilidade” o principal obstáculo de acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres não heterossexuais. Essa lógica, segundo as autoras, resulta de uma antecipação da discriminação num contexto homo/lesbofóbico – onde se pressupõe que as pessoas são naturalmente heterossexuais, na ausência de produção teórica e intervenções práticas sobre saúde e sexo entre mulheres e na invisibilidade dessa população como coletivo.

Valadão e Gomes (2011) concluíram que lésbicas e mulheres bissexuais não encontram apoio por parte dos profissionais de saúde para falar sobre suas orientações sexuais quando buscam assistência à saúde. Para os autores, essa situação furta as mulheres do atendimento seguro, além de produzir exclusão e violência simbólica, ainda que alguns programas governamentais preconizem o contrário.

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas (FACCHINI, BARBOSA, 2006), destaca ainda que ao se tratar das questões relacionadas aos aspectos psicossociais dessa população, encontra-se a sobrecarga psíquica advinda do preconceito, que pode predispor ao superior índice de uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, a exposição à violência, a ocorrência de violência física na infância, no trabalho e em lugares públicos; e as consequências da ansiedade causada pelo medo, pela expectativa de rejeição e/ou pela lesbofobia; e ainda, o romantismo que se considera existir com vitalidade nas relações lésbicas, pode contribuir para o desenvolvimento de problemas de ordem afetiva, distúrbios da imagem corporal, distúrbios alimentares e ações violentas. As dificuldades se intensificariam para as classes economicamente mais baixas, para mulheres exclusivamente homossexuais e para as que possuem estereótipos masculinizados (FACCHINI, BARBOSA, 2006).

Em se tratando especialmente das questões de saúde coletiva, segundo Peres, Soares e Dias (2018) o suicídio é a 4ª principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil. Para as autoras supracitadas:

gays, lésbicas e bissexuais têm seis vezes mais chance de tirar a própria vida se comparados a heterossexuais, aumentando em 20% o risco de cometer suicídio quando convivendo com a homofobia, ou seja, em ambientes hostis à sua orientação sexual ou identidade de gênero. As lésbicas são relativamente as principais vítimas de morte voluntária no país, representando 31% dos casos de suicídio da população LGBT.

Tal diferença se deve à maior fragilidade social das lésbicas, devido ao estigma e discriminação social que a mulher tradicionalmente ainda sofre, somada a opressão de ser homoafetiva, daí mais vulnerabilidades que causam maior sofrimento psíquico, podendo levar a uma maior propensão dos quadros de depressão e suicídios entre a população LGBT (MICHELS, 2018, p.11)

É preciso considerar como base os efeitos da própria invisibilidade desse grupo, pois tal apagamento leva a uma indeterminação acerca dos atendimentos e necessidades de saúde desta população. Desse modo, é necessário analisar o discurso que produz e mantém a invisibilidade das questões específicas da saúde das lésbicas e em consequência, as suas significativas vulnerabilidades para determinados fatores (FACCHINI; BARBOSA, 2006). Ou seja, quando se amplia o conceito de saúde para além dos aspectos biológicos e se destaca a singularidade relativa à saúde das lésbicas, encontram-se questões importantes que impactam na saúde dessas mulheres, cuja análise é fundamental para a compreensão de como fenômenos sociais produzem impactos na saúde integral dessas mulheres.

### 3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E A POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE INTEGRAL LGBT

Em 1988, por ocasião da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, foi instituído no país o Sistema Único de Saúde, considerado um dos maiores e melhores sistemas de saúde públicos do mundo. Além da democratização da saúde, a implementação do SUS também representou uma mudança do conceito sobre o qual a saúde era interpretada. A saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (CFP, 2013).

Na página da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), destacada instituição de ciência e tecnologia em saúde da América Latina, vinculada ao Ministério da Saúde, é possível encontrar na íntegra o discurso de Sérgio Arouca. Arouca foi um importante médico, precursor do



movimento da reforma sanitária, que culminou na garantia de saúde como direito e sua inclusão na Constituição Federal Brasileira e assim a conceituou em seu discurso de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986:

É um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria [...] Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...] (AROUCA, S. 1986).

A Atenção Primária em Saúde (APS) deve considerar a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, a fim de oportunizar a atenção integral em saúde, incorporando ações de vigilância em saúde - processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados; visando o planejamento e implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde. Se faz emergente a superação de compreensões simplistas onde ocorre a oposição entre a assistência, a promoção e recuperação da saúde, de modo que é necessária a compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2012) é uma construção realizada com a ampla participação de atores envolvidos com o desenvolvimento do SUS: movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A Atenção Básica ocorre no território onde a vida acontece, sendo desenvolvida com base na descentralização e capilaridade do serviço. Na Atenção Básica deve ocorrer o primeiro contato com os usuários, sendo considerada a porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede. Assim, o desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ocupa um lugar central para a garantia de acesso à população à saúde de qualidade (BRASIL, 2017).

Os princípios fundamentais do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica são: universalidade - todo cidadão brasileiro, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde; equidade - reconhecimento de que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade; e integralidade - entendimento do usuário dentro do seu contexto social e, a partir daí elencar suas demandas e necessidades. O SUS tem ainda como diretrizes a regionalização e

hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Entre outras questões, está presente na portaria nº 2436 de 2017, que revisa as diretrizes para a Atenção Primária em Saúde, a responsabilidade de todas as esferas governamentais para assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS; bem como a responsabilidade de todos para o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação do trabalho e da gestão para a atenção à saúde, de modo a estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais; além de estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2017).

Nessa portaria, também se encontra a exclusiva responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), enquanto coordenação municipal da Atenção Primária, para a programação de ações de saúde de acordo com as necessidades da população, identificadas em sua base territorial. Também traz como atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na prática da atenção básica a realização do cuidado integral à saúde da população adscrita, por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos; além da realização de ações de educação em saúde à população e promoção da mobilização a participação da comunidade, estimulando o desenvolvimento de conselhos, entre outras.

Com a epidemia HIV/Aids, no início dos anos 80 o governo brasileiro apoiou fortemente as mobilizações da população gay para a prevenção da doença, o que surtiu grande efeito sanitário. Entretanto, as demandas dos outros grupos, especialmente das lésbicas e travestis, fizeram ampliar essa discussão e redirecionaram as estratégias de saúde para a população LGBT. Com menor potência para modificar as relações de poder no interior do movimento LGBT, a invisibilidade política de lésbicas e mulheres não heterossexuais é de difícil superação. A crescente notoriedade dos movimentos feministas, entretanto, proporcionou que outros temas como a união civil, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e inclusive a própria invisibilidade das mulheres entrassem na pauta dos movimentos LGBT, evidenciando suas lutas por demandas específicas (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT) resgata que, mesmo com o avanço das discussões, foi somente na 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano 2008, que a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social da saúde. E, entre outras, as seguintes recomendações emanaram dessa conferência: a sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema na política de educação permanente no SUS; a inclusão

dos quesitos de identidade de gênero e de orientação sexual nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde; o incentivo à produção de pesquisas científicas e inovações tecnológicas; o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis e a implementação do protocolo de atenção contra a violência, considerando a identidade de gênero e a orientação sexual (BRASIL, 2013).

Após três anos da referida conferência, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde LGBT, no ano de 2011. Essa política foi uma iniciativa para ampliar a promoção da equidade no SUS, tendo como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população. Traz como objetivo geral a “promoção de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”.

A criação dessa política é considerada um marco histórico no reconhecimento das demandas e vulnerabilidades das pessoas LGBT, ao passo que norteia e legitima as necessidades e especificidades desse grupo. Sua operacionalização requer planos estratégicos e metas sanitárias, sua execução implica em superar desafios e assumir compromissos em diferentes instâncias do governo, dos órgãos de controle social, Conselhos de Saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. Nesse sentido, é imprescindível a implantação de ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos Serviços Públicos de Saúde, sendo este um compromisso éticopolítico dos gestores, conselheiros, técnicos e de trabalhadores de saúde, em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2013).

É preciso compreender que as formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. A condição de LGBT incorre em hábitos corporais ou mesmo práticas sexuais que podem guardar alguma relação com o grau de vulnerabilidade destas pessoas. No entanto, o maior e mais profundo sofrimento é aquele decorrente da discriminação e preconceito. “Mais difícil, entretanto, é a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças” (BRASIL, 2013, p. 16).

## 4. MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo serão apresentados os percursos metodológicos escolhidos, pelos quais foi possível a realização desse estudo. Nele consta dados acerca do tipo e local onde o estudo foi realizado, amostra populacional definida. Também são apresentadas informações relacionadas à operacionalização da pesquisa, incluindo estratégia utilizada para coleta e análise de dados além dos aspectos éticos preconizados.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Quanto a sua finalidade, essa pesquisa pode ser considerada aplicada ou tecnológica, por se configurar como um tipo de pesquisa cujo objetivo é a produção de conhecimentos científicos afim de uma aplicação prática, ou seja, voltada para a solução de problemas concretos, pretendendo que haja uma maior compreensão acerca do atendimento à saúde integral das lésbicas no nível da Atenção Primária em Saúde.

É uma pesquisa quantitativa analítica, haja vista que trabalhará com variáveis expressas através de dados numéricos, com emprego de recursos e técnicas estatísticas para sua análise. Em razão de sua maior precisão, os estudos quantitativos são indicados para o planejamento de ações coletivas, pois seus resultados são passíveis de generalização, principalmente quando as amostras pesquisadas representam, com fidelidade, a população de onde foram retiradas. A avaliação dos dados ocorrerá na tentativa de explicar o contexto de um fenômeno no âmbito de um grupo, a fim de explicar a relação entre a causa e o efeito.

Caracteriza-se ainda como uma pesquisa exploratória explicativa, à medida que visa uma aproximação com o tema, para torná-lo mais familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado.

Em relação aos procedimentos técnicos, se caracteriza como uma pesquisa de campo, onde os dados coletados permitem responder aos problemas relacionados à uma comunidade e a instituição, objetivando a compreensão dos diferentes aspectos de uma determinada realidade, de modo transversal.

Destaca-se que esse estudo faz parte do macroprojeto intitulado “Resiliência e diversidade de gênero”, sob coordenação da professora orientadora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel.

## 4.2 LOCAL DE ESTUDO

Lages é o principal município da mesorregião serrana no estado de Santa Catarina. Segundo dados do IBGE apresenta uma estimativa de 157.743 pessoas no ano de 2018, ocupando o oitavo lugar em população habitacional no estado. De acordo com a pirâmide etária, a maioria da população se encontra na faixa etária entre 10 e 29 anos, sendo que destas, 27.356 são do sexo feminino e 27.709 do sexo masculino. A religião predominante é a católica apostólica romana, seguida da evangélica. No ano de 2016 o salário médio era de 2,2 salários mínimos, estando em 95º lugar no país e com uma proporção de apenas 30% da população ocupada em empregos formais.

O IBGE não inclui no censo nacional o segmento LGBT, de modo que com base em indicadores diversos da Academia e Governamentais, estima-se que exista no Brasil por volta de 20 milhões de gays (10% da população), 12 milhões de lésbicas (6%) e 1 milhão de pessoas Trans (0,5%) (PERES; SOARES; DIAS, 2018). Desse modo, é possível fazer uma estimativa da população de lésbicas em Lages quando, considerando os dados populacionais da cidade de modo diretamente proporcional com outras estimativas citadas, se prevê que do número total de mulheres lageanas - 80775, cerca de 4.846 são lésbicas, o que representaria 6% da população. Se considerada a idade de corte entre 10 e 29 anos – mulheres adolescentes e jovens adultas em idade produtiva, cerca de 1.641 mulheres seriam lésbicas.

Considerando aspectos históricos, Lages completou em 2019, 256 anos de fundação. Inicialmente a localidade servia como pousada durante a rota comercial entre o Rio Grande do Sul e São Paulo. O povoamento de Lages foi predominantemente feito por famílias vindas especialmente de Minas Gerais e São Paulo, numa situação de privilégio na qual receberem terras concedidas pelo governador da Capitania de São Paulo, sob justificativa de desenvolver a região. Assim, uma minoria populacional era formada por homens brancos e ricos, proprietários de grande parte das terras e detentores do poder político. A escravidão era explorada na época, entretanto havia uma parcela predominante no povoado: homens brancos, pobres e livres. Esses sobreviviam com péssimas condições de vida, configurando um cenário de opressão e exploração, esforçando-se para demonstrar produtividade e subserviência aos senhores, a fim de que lhes possibilitassem trabalhar nas grandes fazendas em troca de mantimentos das plantações que lhes garantissem a sobrevivência. Desse modo, os senhores brancos ao mesmo tempo se mostravam autoritários e benevolentes, instituindo o modo de relação social paternalista e patriarcal como dominante (SERPA, 1994).

Assim, analisando os dados demográficos elencados pelo IBGE no último censo, pode-se considerar que a população de Lages tem 76 anos como expectativa de vida, e configura-se ainda

em sua maioria por homens, de religião católica, numa faixa etária jovem, com renda predominante de dois salários mínimos.

#### 4.3 POPULAÇÃO

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde de ambos os gêneros que atuam na Atenção Primária em Saúde de Lages, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde. Foi coletada uma amostragem representativa de profissionais do nível fundamental considerando o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Para o cálculo foi utilizada a ferramenta computacional SestatNet (NASSAR et al, 2019), conforme tabela a seguir:

Tabela 1: População e amostra do estudo.

Categoria profissional	Número de profissionais ativos junto à SMS	Número de profissionais convidados para o estudo
Agentes Comunitárias de Saúde	271	117
Auxiliar/técnico de saúde bucal	39	17
Dentistas	38	17
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos)	9	4
Enfermeiras	38	17
Médicos	28	12
Auxiliares/técnicos de enfermagem	78	34

Fonte: própria autora, 2020.

O número total de trabalhadores ativos dentro de cada categoria profissional, foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Lages, através da Diretoria de Atenção Básica, e os dados são referentes ao mês de julho do ano de 2019, período no qual se desenvolveu a elaboração do projeto de pesquisa.

De acordo com o programa SestatNet® (NASSAR et al, 2019), foi calculado o percentual para definição da amostra representativa da população, onde se obteve o número de trabalhadores de cada categoria a serem participantes do estudo, que prontamente aceitaram ao convite.

#### 4.4 LOCAL DE REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada durante um encontro para qualificação profissional, no qual se reuniram todos os trabalhadores da atenção primária divididos em dois dias. O encontro aconteceu na Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, nos dias 16 e 17 de dezembro de 2019. A pesquisadora apresentou o projeto à Secretária de Saúde, que autorizou a coleta de dados durante o momento de qualificação.

Nos dias dos encontros, foram apresentados publicamente aos trabalhadores os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, bem como entregue duas cópias do TCLE juntamente com os questionários àqueles que manifestaram concordar em responder. A aplicação dos questionários ocorreu de maneira coletiva e ao seu final, foram devolvidos à pesquisadora juntamente com a cópia do TCLE assinado.

O controle do número de questionários respondidos por cada categoria foi realizado pela pesquisadora, e diante do alcance do número necessário de respostas para a amostra, se encerrou o convite à novos participantes. Desse modo, a escolha dos participantes de cada categoria profissional ocorreu aleatoriamente e até que a quantidade definida fosse alcançada.

Para inclusão na amostra, foram observados os seguintes critérios de inclusão: a) Ser profissional da atenção básica na cidade de Lages; b) Concordar participar da pesquisa voluntariamente; c) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); d) Ser maior de 18 anos de idade. Enquanto os critérios utilizados para exclusão foram: a) Não ser profissional da atenção básica na cidade de Lages; b) Não concordar participar da pesquisa voluntariamente; c) Não assinar o TCLE; d) Ser menor de idade.

#### 4.5 ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foram aplicados questionários com múltiplas escolhas. O questionário foi desenvolvido pelas autoras, com base nas legislações do Ministério

da Saúde sobre a operacionalização da APS e ancorado nas Políticas Públicas para atendimento à saúde da população LGBT.

As perguntas objetivaram caracterizar o perfil dos participantes em questão, com informações demográficas e relacionadas à identidade, formação e renda; algumas questões voltaram-se de modo mais específico para os conhecimentos acerca da população LGBT e da Política de Saúde Integral da População LGBT, e para as práticas de intervenção dirigidas a essa população.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados em uma plataforma online de coleta de dados (Plataforma SurveyMonkey®, sendo realizadas as estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo, frequência absoluta e relativa) por meio desta ferramenta.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foram consideradas as garantias éticas aos participantes da pesquisa previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), privilegiando o estabelecimento de medidas que garantam a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa, sigilo dos dados e impessoalidade das informações. Foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO 2), em duas vias de igual teor sendo que uma delas permaneceu com o participante do estudo. O TCLE foi lido pelos participantes, sendo respeitado o tempo necessário para tal. Eventuais dúvidas foram sanadas por meio de esclarecimentos acerca dos procedimentos do estudo. O projeto faz parte do macroprojeto “Resiliência e diversidade de gênero” sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense, sob parecer n. 1.637.449.

Os participantes foram informados que a pesquisa é sigilosa e que os resultados serão publicados em revistas, congressos e farão parte de um relatório de pesquisa. Também, foi explicado sobre o direito de deixar de colaborar com a pesquisa em qualquer momento, mesmo que já tivessem assinado o TCLE. Além disso, foi garantido aos participantes que somente os pesquisadores terão acesso aos dados brutos do estudo, sendo que os mesmos ficarão sob guarda da pesquisadora responsável, sendo destruídos após cinco anos.



## 5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesse capítulo serão apresentados os resultados obtidos pela aplicação dos questionários bem como a discussão desses resultados, considerando o referencial teórico eleito e outros estudos acerca do tema.

Serão apresentados detalhes em relação ao perfil da população, e posteriormente a análise de acordo com categorias definidas diante dos objetivos desse estudo, sendo elas: conhecimentos dos profissionais sobre as questões LGBT e especialmente sobre a PNSILGBT; as práticas dos profissionais em relação à atenção à saúde das lésbicas, o que envolve também a identificação dessa população no território adscrito e a análise sobre a oferta de orientações e práticas específicas à saúde dessa população.

Outra categoria recorrente em estudos acerca da população LGBT se refere às violências que esse grupo sofre, portanto essa também foi definida como uma categoria de análise a ser discutida no âmbito dos serviços de saúde da atenção primária; finalizando com a análise dos processos de invisibilidade das lésbicas nesses serviços.

### 5.1 RESULTADOS

Dos participantes da pesquisa, a maioria atua como Agente Comunitário de Saúde com um número representando 53% da população que respondeu o questionário, seguido de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem com um número de 15% e posteriormente dentistas (9%). Outras categorias profissionais complementam o total da amostra, estando situados entre Médicos, Enfermeiros, Auxiliares ou Técnicos de Saúde Bucal ou outras profissões que atuam em equipes multiprofissionais. O percentual de profissionais que possuem um vínculo de trabalho efetivo com a Prefeitura Municipal de Lages (PML) se apresenta equivalente ao número de profissionais que responderam atuar em regime de processo seletivo.

Acerca de informações de idade, encontram-se numa média de 38,4 anos (Desvio-padrão de 9,4 anos), sendo mínimo 21, máximo 62 e mediana 37. A maioria (49,08%) possui nível de formação de ensino médio. Em relação à identidade de gênero 92,63% se autodeclara mulher, e 89,27% heterossexuais. Ao se tratar de autodenominação de cor, 63% se autodeclara branca, e em relação à religião 78% de declaram católicas ou evangélicas. A renda prevalente é até 2 salários-mínimos, estando 34,93% dos trabalhadores nessa faixa.

**Tabela 2** - Perfil sócio demográfico dos trabalhadores da Atenção Primária em Saúde

<b>CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</b>	
<b>PROFISSÃO</b>	<b>N (%)</b>
Agentes comunitários de saúde	53,15
Auxiliares e técnicas(os) de enfermagem	15,32
Auxiliares e técnicas(os) de consultório odontológico	7,66
Dentistas	9,01
Enfermeiras(os)	6,31
Médicos(as)	5,86
Outros (educadores físicos, psicólogas, assistentes sociais)	2,70
<b>VÍNCULO EMPREGATÍCIO COM A PML</b>	<b>N (%)</b>
Efetivo	41,33
Processo seletivo	48,64
Contrato	7,73
Outro	2,27
<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N(%)</b>
Ensino fundamental completo	3,21
Ensino médio completo	49,08
Ensino superior completo	23,39
Especialização completa	22,94
Mestrado completo	1,98
<b>AUTODECLARAÇÃO DE COR</b>	<b>N(%)</b>
Negra	8,22
Parda	27,85
Branca	63,47
Outra	0,46
<b>IDENTIDADE DE GÊNERO</b>	<b>N(%)</b>
Mulheres	92,63
Homens	6,91
Preferiram não responder	0,46
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL</b>	<b>N(%)</b>
Heterossexual	89,57
Homossexual	3,79
Bissexual	0,95
Preferem não responder	2,37
Outras	2,37
<b>RELIGIÃO</b>	<b>N(%)</b>
Católica	56,48
Evangélica	22,22
Espírita	9,26
Outras	12,04

RENDA FAMILIAR	N(%)
Até 1 salário-mínimo	14,35
Até 2 salários-mínimos	34,93
Até 3 salários-mínimos	15,79
Até 4 salários-mínimos	11,00
Até 5 salários-mínimos	7,66
Até 6 salários-mínimos	2,39
Até 7 salários-mínimos	1,91
Até 8 salários-mínimos	1,44
Até 9 salários-mínimos	0,96
10 salários-mínimos ou mais	9,57

Fonte: Dados primários, 2020.

Da amostra, 96,38% responderam que não participaram de nenhum curso, capacitação, palestra ou outra atividade de formação oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde sobre questões de saúde da população LGBT. Quando questionados se sabem o significado da sigla LGBT, 15,58% dos profissionais responderam “não” ou “mais ou menos”. Acerca da existência de uma política específica para a saúde dessa população, 84,62% dos respondentes disseram que “não” ou “não sei/desconheço”. Sobre a existência de diferença entre os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, 26,73% responderam que “não” ou “não sei/desconheço”. Sobre as diferenças de orientações à saúde das lésbicas e mulheres heterossexuais, 83,87% dos participantes responderam que não existem ou não sabem/desconhecem. Sobre a existência de um conselho municipal de direitos das pessoas LGBT, 82,35% responderam que existe ou não sabem/desconhecem; e acerca do processo transexualizador, 91,18% dos profissionais responderam que não conhecem, conforme observado na tabela.

**Tabela 3:** Conhecimentos dos profissionais sobre população LGBT+

CONHECIMENTO	SIM (N%)	NÃO (N%)	DESCONHEÇO (N%)	MAIS OU MENOS (%)
Você já participou de algum curso, capacitação, palestra ou outra atividade de formação, oferecida pela Secretaria de Saúde de Lages, sobre questões de saúde da população LGBT?	3,62	96,38		
Você sabe o que significa a sigla LGBT?	84,62	6,79		8,79
Existe uma política de saúde específica para a população LGBT	15,38	17,65	66,97	
Existe diferença entre “orientação sexual” e “identidade de gênero	73,27	5,07	21,66	
As orientações de saúde para as lésbicas devem ser diferentes do que as orientações de saúde para as mulheres heterossexuais	8,29	73,73	10,14	7,83
Em Lages, existe um Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas LGB	15,38	17,65	66,97	
Você conhece o processo transexualizador	8,82	91,18		

Fonte: Dados primários, 2020.

Quando questionadas sobre a questão referente à orientação sexual das mulheres atendidas, 45,41% dos profissionais responderam que “quase nunca ou nunca” se sentem confortáveis para isso; sendo que 90,08% dos participantes responderam que “às vezes” ou “nunca/quase nunca” perguntam a orientação sexual das usuárias que atendem, e apenas 9,91% responderam que perguntam sempre ou quase sempre a orientação sexual das mulheres atendidas, ainda que 21,56% responderam que “sempre ou quase sempre” se sentem confortáveis para realizar essa pergunta.

Apesar desses dados, 86,94% dos profissionais responderam que já atenderam uma lésbica na atenção básica, porém 56,82% disseram não saber, ou saber mais ou menos onde moram as lésbicas no seu território de abrangência. 47,73% dos participantes responderam que não sabem sobre a existência de alguma lésbica idosa no seu território e 77,98% responderam que não conhecem lésbicas que tenham participado de grupos promovidos pela equipe de saúde. Apenas 4,07% dos profissionais responderam que sua equipe de saúde promoveu alguma intervenção específica sobre temas para a população LGBT, conforme observado na tabela 4.

**Tabela 4:** A (in)visibilidade das lésbicas na APS

<b>A (IN)VISIBILIDADE DAS LÉSBICAS</b>				
	<b>SEMPRE OU QUASE SEMPRE (N%)</b>	<b>ÀS VEZES (N%)</b>	<b>NUNCA OU QUASE NUNCA (N%)</b>	
Você se sente confortável para perguntar a orientação sexual das mulheres que você atende?	21,56	33,03	45,41	
Com que frequência você pergunta a orientação sexual das mulheres que atende?	9,91	21,62	68,46	
	<b>SIM (N%)</b>	<b>NÃO (N%)</b>	<b>NÃO SEI/DESCONHEÇO (N%)</b>	<b>MAIS OU MENOS (N%)</b>
Você já atendeu uma lésbica na atenção básica?	86,94	13,06		
Você sabe onde moram as lésbicas no seu território?	43,18	34,09	22,73	
Há alguma lésbica idosa no seu território?	13,18	39,09	47,73	
Você conhece alguma lésbica que participa ou participou de algum grupo realizado pela equipe de saúde?	22,02	77,98		
A sua equipe já promoveu alguma atividade sobre temas de saúde da população LGBT?	4,07	87,33	8,60	

Fonte: Dados primários, 2020.

Quando questionados se já atenderam alguma mulher que sofreu algum tipo de violência, 55,25% dos participantes responderam que sim, porém quando a pergunta é se já atendeu uma lésbica que tenha sofrido alguma violência, 90,24% responderam que não. Quando especificado o tipo de violência sendo homofobia, 23,90% responderam que já atenderam vítimas desse crime, e 86,76% disseram que não presenciaram situações de preconceito ou discriminação contra lésbicas nas unidades de saúde, conforme observado na tabela 5.

**Tabela 5:** Percepção dos profissionais acerca das violências

ATENDIMENTO ÀS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA		
SITUAÇÃO NA PRÁTICA PROFISSIONAL	SIM (N%)	NÃO (N%)
Você já atendeu alguma mulher que sofreu algum tipo de violência?	55,25	44,75
Você já atendeu alguma lésbica que tenha sofrido algum tipo de violência?	9,76	90,24
Você já atendeu alguém que foi vítima de homofobia?	23,90	76,10
Você já presenciou alguma situação de preconceito ou discriminação contra lésbicas nas unidades de saúde?	13,24	86,76

Fonte: Dados primários, 2020.

No capítulo seguinte são realizadas as discussões e o aprofundamento dos dados que constam nas tabelas de acordo com categorias de análise elencadas para o alcance dos objetivos propostos para esse estudo.

## 5.2 DISCUSSÕES

### 5.2.1. Conhecimentos gerais dos profissionais sobre questões LGBT

Por meio dos dados obtidos com a pesquisa, é possível constatar que os profissionais conhecem pouco sobre as questões de saúde das lésbicas, ou inclusive sobre questões da população LGBT de uma maneira mais ampla. O percentual de pessoas que respondeu que não sabe ou sabe mais ou menos o que significa a própria sigla LGBT chega à 15,58% do total da amostra.

Outra informação essencial para o atendimento da população LGBT, é o conhecimento sobre a diferença entre os conceitos de “identidade de gênero” e “orientação sexual”; onde foi possível constatar que 26,73% responderam que não sabem, ou desconhecem a diferença entre esses dois conceitos. Sobre o processo transexualizador, os dados obtidos demonstram que 91,18% dos profissionais não conhecem o processo na Secretaria Municipal de Saúde.

Ferrão, Carvalho e Coacci (2019) destacam a frequente associação do conceito de invisibilidade quando se discute questões referentes às lesbianidades, demonstrando um efeito normativo de gênero e sexualidades. Butler, citada por Ferrão, Carvalho e Coacci (2019) destaca o caráter cultural da ideia de que as diferenças sexuais são “naturais”, onde se reforça que sexo e gênero regulam, normatizam e instauram saberes com status de verdade sobre os sujeitos, de modo que se possibilite o exercício de algumas formas de expressão em detrimento de outras.

Alarmante é dado obtido, onde 96,38% dos trabalhadores responderam que não participaram de nenhum tipo de qualificação sobre a temática que envolve essa população, seja curso, palestra, ou outra atividade de formação oferecida pela SMS; informação que justifica a falta de conhecimento sobre questões básicas referentes à diversidade sexual e aos cuidados de saúde desse público. Mas, por outro lado, aponta que os profissionais da saúde não buscam formação, atualização de conceitos que desde 2011 fazem parte da política pública do SUS, como por exemplo, orientação sexual, identidade de gênero, processo transexualizador.

Corroborando com os dados encontrados por Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019), se observa pouco interesse e incentivo das diferentes esferas de gestão e dos profissionais de saúde em trazer esse tema para discussão. Os autores ressaltam o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), enquanto elo entre comunidade e equipe de saúde, e por isso a necessidade deste em estar bem orientado ao abordar e acolher usuários LGBT, sendo que essa uma temática que recebe atenção irrisória quando comparada a outros programas, como hipertensão e diabetes, pré-natal ou imunização.

O Ministério da Saúde, através da PNSI-LGBT, implantada pela Portaria GM/MS nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, preconiza a qualificação e discussão sobre a saúde da população LGBT, a ser feita pelo estímulo e reprodução de estratégias que qualifiquem prevenção, promoção e assistência de acordo com as particularidades de saúde desse grupo, visando práticas respeitadas em relação à diversidade sexual e melhoria no atendimento. Essa política enfatiza ainda a responsabilidade das secretarias estaduais para a definição de estratégias, e de sua efetivação pelas secretarias municipais, por meio da identificação das necessidades de saúde dessa população em cada município. Além disso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Educação Popular em Saúde

(BRASIL, 2012) também discorrem e complementam sobre a necessidade de práticas educativas na rede de serviços do SUS.

Guimarães (2018) discorre sobre a dificuldade dos profissionais em abordar temas relacionados à população LGBT, o qual atribui ao tabu de falar da sexualidade, abrangendo ainda preconceitos e religiosidades, dificultando o entendimento de que orientação sexual e identidade de gênero devem ser incorporados na análise dos determinantes sociais de saúde da população. O desconhecimento de conceitos básicos sobre esse tema revela diversas ausências: de capacitações, de formação acadêmica e de entendimento das especificidades das demandas, além de que o desconhecimento da política revela-se como um diagnóstico de sua baixa implementação.

### 5.2.2 Conhecimentos dos Profissionais sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBT

Um dos princípios do SUS é a equidade, conforme a portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a referida portaria, equidade refere-se à oferta do cuidado, com o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde deve atender à diversidade, levando em conta as diferenças sociais. Em se tratando desse princípio, fica expressamente proibida qualquer exclusão baseada em orientação sexual e identidade de gênero, entre outras condições individuais e sociais. O objetivo desse princípio se configura como uma estratégia para minimizar as desigualdades e evitar a exclusão de grupos que possam sofrer estigmatização ou discriminação, como é o caso da população LGBT e especificamente discutido nesse estudo, das lésbicas. A construção de uma política de saúde para a população LGBT envolveu uma grande mobilização para que se efetivasse o princípio de equidade, além ainda de outros documentos norteadores que regulamentam o atendimento à essa população.

O Brasil sem Homofobia que é um Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB (Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais) e de Promoção da Cidadania de Homossexuais foi um marco na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diversidade, uma das bases fundamentais de ampliação e fortalecimento do exercício da cidadania no Brasil, considerado a consolidação de um avanço político, social e legal na época de sua implementação, em 2004. O direito à saúde recebeu destaque nessa política em seu capítulo VI ao consolidar



atenção e tratamentos igualitários, e teve como desdobramento o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, em 2010, pelo Ministério da Saúde.

O fundamento dessa política é a implementação de ações, enquanto compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde, para eliminar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis. Entretanto, apesar dessas diretrizes, quando questionados sobre a existência de uma política específica para o atendimento à essa população, 84,62% dos profissionais responderam que não conhecem ou ainda que não existe, o que indica um alto percentual de trabalhadores da saúde sem uma informação essencial para a garantia do direito à saúde específica dessa população.

Essa constatação também foi realizada por Gomes et al., (2018) onde encontraram em seus estudos que a PNSI-LGBT é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, e mesmo quem reconhece sua existência afirma não tê-la lido, o que denuncia uma fragilidade no reconhecimento da responsabilidade pelo cuidado e atenção à saúde da população LGBT.

Da mesma forma, Guimarães (2018) cita ainda as pesquisas de Freitas e Paulino, que explicitaram a unanimidade dos profissionais em relação ao desconhecimento da PNSI-LGBT e à ausência de capacitação sobre a temática, ainda que sua coleta de dados tenha sido realizada entre 2014 e 2016, ou seja, após a implementação da referida política nos municípios pesquisados, bem como neste presente estudo. Destaca-se que na caracterização da população do presente estudo, muitos profissionais possuem escolaridade de nível superior ou profissionalizante; entretanto, ainda assim o número de respostas sobre a realização de curso ou capacitação voltada à temática não é proporcional. Essa informação indica que, mesmo entre os profissionais que vivenciam uma educação formal, a oferta de qualificação sobre sexualidade e população LGBT+ nos cursos da área da saúde é escassa, quando não ausente, mesmo 30 anos após a retirada do termo homossexualismo do catálogo de doenças.

### 5.2.3 Práticas profissionais de atenção às lésbicas: identificação da população

A territorialização está contida entre os princípios e diretrizes que caracterizam os serviços a serem prestados pela Atenção Básica e que orientam a sua organização em nível municipal. É uma diretriz que possibilita o planejamento, programação e desenvolvimento de ações com foco em um território específico, objetivando impactar as condições de saúde daquela população

específica. A população adscrita é definida por aquela presente no território da unidade básica de saúde, a qual possui um vínculo com a equipe, o que fundamenta a longitudinalidade do cuidado.

O Ministério da Saúde especifica as atribuições comuns a todos os profissionais da atenção básica, bem como define as práticas e diretrizes terapêuticas para a atuação nesse âmbito. Desse modo, traz como responsabilidade comum aos trabalhadores da Atenção Básica, a participação no processo de territorialização, bem como a manutenção dos cadastros das famílias e indivíduos atualizados, mais uma vez destacando a necessidade de considerar características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território para a efetivação de ações integradas entre a equipe de saúde da família e a população.

Os dados obtidos com a pesquisa apontam uma situação deficitária se tratando da identificação da população LGBT, especialmente na identificação das lésbicas no território. Mesmo havendo um documento específico e obrigatório para o cadastro individual da população, com um campo onde possibilita que a pessoa escolha responder sobre sua orientação sexual e identidade de gênero, 90,08% dos participantes responderam que “às vezes” ou “nunca/quase nunca” perguntam a orientação sexual das usuárias que atendem, o que indica o preenchimento incorreto de um documento de cadastro populacional obrigatório. Junto com esse dado, 45,41% dos profissionais responderam que “quase nunca ou nunca” se sentem confortáveis para perguntar a orientação sexual das mulheres que atendem, porém 86,94% dos profissionais responderam que já atenderam uma lésbica na atenção básica.

Entre os documentos de identificação da população atendida no território da UBS, consta a “Ficha de Cadastro Individual”, que serve para o registro das características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários. O objetivo desse cadastro é captar informações de identificação sociodemográficas e condições de saúde autoreferidas dos usuários. Nessa ficha, consta um campo com a seguinte questão: “Deseja informar a orientação sexual/identidade de gênero?”, com possibilidade para o usuário responder sim ou não. Caso a resposta seja afirmativa, segue para o campo “Qual?”, tendo como opções “heterossexual”, “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transsexual”. Dessa forma, quando os profissionais não realizam essa pergunta às mulheres atendidas, acabam por negar-lhes o direito de escolha sobre informar e afirmar sua própria identidade, impedindo a possibilidade de legitimar a orientação sexual e identidade de gênero.

Para Guimarães (2018), ao partir do pressuposto que questionar a orientação sexual de uma pessoa é motivo de ofensa ou constrangimento, acaba por sustentar o reconhecimento do caráter moral atribuído à homossexualidade; ou seja, esse constrangimento segue legitimando a heterossexualidade como única forma válida de expressão da sexualidade e demarcando as margens onde a população LGBT pode transitar.

Curiosamente, na mesma proporcionalidade, os profissionais responderam que já atenderam lésbicas na atenção básica. Essa situação revela uma questão preocupante, onde a identificação das lésbicas não é feita pela autodeclaração, mas sim por uma suposição do profissional, de acordo com sua própria percepção, indicando uma prática preconceituosa e discriminatória. De acordo com Guimarães (2018), a ação de associar a orientação heterossexual ou não-heterossexual, e identidade de gênero conforme o sexo biológico sem abordar o assunto, ao mesmo tempo reproduz a invisibilidade, o preconceito e a violência simbólica que as pessoas LGBT sofrem no local onde deveriam ser acolhidas e respeitadas.

Quando a avaliação sobre a identidade de gênero e orientação sexual de uma mulher acontece a partir de uma definição arbitrária, se reforça uma prática de “reprodução normativa”, o que significa ignorar e impossibilitar o reconhecimento de diversas expressões corporais, além de reproduzir uma visão estereotipada sobre as pessoas. Essa prática leva à uma naturalização da violência, ao passo que banaliza uma demanda de saúde (PRADO, MACHADO, 2008).

As consequências dessa situação são inúmeras, e merecedoras de uma exaustiva análise, entretanto, atendo-se aos dados obtidos, torna-se possível destacar duas em específico: a efetividade da territorialização, pois 56,82% disseram não saber, ou saber mais ou menos onde moram as lésbicas no seu território de abrangência; o que conduz à segunda situação, que é a limitação na oferta de cuidados específicos à essa população de acordo com a vulnerabilidade, onde 47,73% dos participantes responderam que não sabem sobre a existência de alguma lésbica idosa no seu território.

Esses dados indicam a desconsideração de aspectos integrais acerca da saúde dessa população, fazendo o recorte de idade, bem como limitação de oferta de cuidados específicos que considerem a saúde de maneira integral, citando por exemplo as implicações ocasionadas pela violência e lesbofobia. Desse modo, os dados convergem com estudo feito por Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019), no qual trazem o papel da ESF enquanto linha de frente do cuidado da população por ser a porta de entrada do sistema de saúde e estar dentro do território, e próximo ao domicílio da população adscrita; porém na prática as ESF se mostram sem preparo adequado e portanto, com limites a oferta de um ambiente acolhedor e respeitoso que perceba a população LGBT enquanto grupo vulnerável.

Um sistema de saúde, onde se preconiza o tratamento integral do ser humano, onde avanços ocorreram na inclusão da orientação sexual e identidade de gênero enquanto determinantes de saúde, onde a ficha do E-SUS possui um espaço de identificação caso estas pessoas queiram declarar sua orientação sexual e identidade de gênero, e os profissionais simplesmente se calam, silenciam, se constroem, tem medo, receio de abordar, prejudica todo

o planejamento de saúde para essa população. As consequências desse comportamento impactam a geração de dados sobre a saúde da população LGBT, na medida em que a orientação marcada na ficha é a da aparência ou a do registro civil, impedindo que se tenha uma estimativa mais precisa do tamanho da população LGBT que procura o serviço e dos indicadores de situação de saúde (GUIMARÃES, 2018).

#### 5.2.4 Atendimento e orientações específicas de saúde integral das lésbicas

Transtornos mentais, depressão, ansiedade e abuso de substâncias químicas são mais prevalentes na população de lésbicas do que na população de mulheres heterossexuais (MARQUES et al., 2013). O que se encontra na presente pesquisa em resposta à questão sobre as diferenças de orientações à saúde das lésbicas e mulheres heterossexuais, 83,87% dos participantes responderam que “não existem ou não sabem/desconhecem” as diferenças de orientação à saúde desses dois grupos. Quando questionados sobre a realização de alguma intervenção específica para saúde da população LGBT, 87,33% dos profissionais respondeu que sua equipe de saúde da família nunca realizou alguma intervenção nesse sentido; e ao se tratar da participação de lésbicas nos grupos de saúde promovidos, 77% 98% respondeu que não conhecem nenhuma lésbica que frequente essas atividades.

A análise conjunta desses dados demonstra um agravante em relação aos cuidados de saúde oferecidos a esse público, bem como a atenção às diferenças de demandas. Quando essa população não é reconhecida e diferenciada, torna-se evidente a consequência de não ser atendida dentro de suas especificidades. Ao não ter conhecimento das diferenças das demandas de saúde da população LGBT, especialmente das lésbicas, se resulta no déficit de oferta do atendimento integral à saúde dessas mulheres, onde as lésbicas não recebem orientações específicas relacionadas às suas demandas, ou ainda, têm suas demandas negligenciadas. O que pode ser fundamentado diante da não realização de intervenções específicas sobre a população LGBT, pois se não havendo o reconhecimento da diferença no cuidado à saúde dessas pessoas, também não há a percepção da necessidade de realização de intervenções específicas. Assim, corrobora-se com Lionço (2008), citada por Guimarães (2018), quando a autora aponta em seu estudo que o desconhecimento dos profissionais da área de saúde sobre a diversidade sexual pode levar a ausência de encaminhamentos que considerem “especificação da realidade de vida e saúde” da população LGBT.

Quando comparadas às mulheres heterossexuais, as lésbicas são menos propensas a utilizar método de proteção contra IST's, bem como realizam menos consultas ginecológicas e recebem menos orientações sobre suas dúvidas sexuais. Esse dado demonstra a maior vulnerabilidade desse grupo quando se trata de aspectos de saúde sexual e reforça a importância da investigação das práticas e orientação sexual das mulheres, a fim de garantir uma assistência adequada a suas especificidades (RUFINO, 2018).

Além desse aspecto, na atenção básica são promovidos diferentes grupos de saúde coletiva: de atividade física, de cessação do tabagismo, de gestantes, entre outros. Dessa forma, pode-se pensar sobre a lacuna nos atendimentos de saúde à população de lésbicas que estejam nessas intervenções, pois ao desconsiderar a orientação sexual das participantes, acaba-se por desperdiçar uma possibilidade de oferecer atenção e orientação às demandas específicas dessa população. Não conhecer sobre a presença de lésbicas nesses contextos, pressupõem que as orientações sobre saúde oferecidas sejam genéricas, ou ainda que as lésbicas são submetidas à uma orientação cisheteronormativa que desrespeita sua identidade, produzindo um contexto de violência. As autoras Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019) atribuem a invisibilidade da população LGBT na atenção básica à falta de conhecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a sua população adstrita ou ainda à dificuldade de abertura e comunicação sobre questões referentes à sexualidade.

Pesquisa feita por Rufino (2018) traz dados de um estudo feito nos serviços de saúde da Noruega, no qual lésbicas e bissexuais relataram que a maioria dos profissionais de saúde não lhes perguntaram sobre a orientação sexual, e tampouco facilitaram que a mesma fosse revelada; desse modo, essas mulheres consideraram que a qualidade da assistência prestada foi prejudicada por atitudes heteronormativas, bem como pela falta de conhecimento dos profissionais sobre a diversidade das sexualidades e suas necessidades singulares de saúde.

Gomes et al. (2018) trazem em seus resultados sobre a concepção dos gestores de saúde acerca da população LGBT, que ainda que pessoas LGBT façam parte do convívio pessoal dos profissionais, esse fato não retrata o reconhecimento político desses sujeitos, mas sim a existência de uma normatização e de uma invisibilidade das especificidades trazidas na vivência do indivíduo. As autoras encontraram dados que demonstram a superficialidade do próprio reconhecimento do uso que as pessoas LGBT fazem dos serviços de saúde, denunciando a invisibilidade dessa demanda e não preconização dos princípios de um sistema universal, equânime e integral. Do mesmo modo, os dados encontrados nesta pesquisa convergem com o estudo de Gomes et al (2018) onde a população LGBT passa pela ESF sem ser enxergada,

reconhecida ou mesmo ouvida, mostrando a necessidade de qualificação dos profissionais e estímulo à participação social dessas pessoas.

#### 5.2.5 Violências na saúde: reprodução ou enfrentamento

A lesbofobia pode se apresentar de diferentes maneiras e produzir igualmente diferentes impactos na vida e saúde das lésbicas, como por exemplo: exclusão familiar, dificuldades relacionadas ao ingresso e permanência no mercado de trabalho, impactos na saúde mental, altos índices de suicídio e autolesão, maior prevalência de alcoolismo e uso/dependência de outras drogas, entre outras. As lésbicas estão mais vulneráveis à essas situações do que as mulheres heterossexuais, e portanto, demandam maior atenção em relação à proteção e prevenção desse tipo de violência, que impacta diretamente nos aspectos de saúde.

Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019) trazem que a população LGBT é mais suscetível a agressões quando comparada a população heterossexual, dado evidenciado pelo estudo da Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo, no ano de 2006, onde 67% dos respondentes declararam haver sofrido discriminação devido à sua sexualidade, e 59% dos sujeitos sofrido alguma agressão pelo mesmo fator. Essas autoras trazem ainda que já no ano de 2012, segundo a extinta Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, registraram-se por dia em torno de 27 queixas relacionadas à discriminação sexual, considerando que a subnotificação conduz à um número menor do que o real.

Não conhecer a orientação sexual das mulheres atendidas na atenção básica, significa também não perceber as violências as quais elas estão sujeitas, impossibilitando o enfrentamento da lesbofobia e a intervenção acerca de suas consequências. Na presente pesquisa 55,25% dos profissionais da saúde que responderam ao questionário disseram que já atenderam alguma mulher que tenha sofrido algum tipo de violência, porém esse número cai drasticamente para 9,76% quando a pergunta se refere ao atendimento específico de uma lésbica que tenha sofrido alguma violência; ou seja 90,24% dos participantes responderam que nunca atenderam uma lésbica que tenha sofrido violência. Por outro lado, 23,90% responderam que já atendeu alguma pessoa vítima de homofobia.

Esse dado mostra sobre a consequência da não identificação de lésbicas no território, ao passo que as mulheres vítimas de violência não são questionadas quanto à sua orientação sexual e ainda sobre a não identificação das violências que ocorrem contra as lésbicas, sendo que são um grupo mais vulnerável. Se 23,90% das pessoas já atenderam vítimas de homofobia, e apenas 9,76% atendeu lésbicas que sofreram violência, há uma incoerência na identificação da violência

que lésbicas sofrem como sendo homofobia, ou ainda, a homofobia não ser uma violência atribuída às mulheres.

Sobre a identificação de situações de preconceito ou discriminação contra lésbicas nas unidades de saúde, 86,76% disseram que não presenciaram essas situações. É possível questionar a atribuição das profissionais de saúde acerca dos conceitos de homofobia e lesbofobia, pois diante do cenário de práticas de atendimento à essa população na atenção básica, percebe-se que a própria negação do direito de afirmar a orientação sexual se caracteriza como uma prática preconceituosa. A lesbofobia não se caracteriza como uma violência explícita, e difere da violência física à medida que está presente na sutileza das relações, na suposição de que uma mulher é heterossexual baseada na percepção do profissional sobre sua identidade de gênero e sexo biológico, e em consequência, na imposição de um padrão heteronormativo de atendimento de saúde e na não percepção e negligência das vulnerabilidades às quais estão expostas.

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social, e a sua eliminação é uma das diretrizes da PNSI-LGBT, que foca na eliminação das homofobias, inclusive em nível institucional. Este é um marco para a compreensão de como as estruturas subjetivas dos profissionais produzem obstáculos para o atendimento à essa população, e destaca a contribuição de estratégias de educação permanente para mobilizar a transformação dessas estruturas (GUIMARÃES, 2018).

Um estudo francês evidenciou que lésbicas não revelam sua orientação sexual durante os atendimentos de saúde pelo receio do julgamento dos profissionais. A lógica heterossexista é reproduzida diante da crença equivocada de que todas as mulheres atendidas nos serviços de saúde são heterossexuais. Essa lógica desperta nas lésbicas e mulheres não heterossexuais um sentimento de vergonha, raiva ou desconforto, e, portanto, se configura numa das formas mais sutis de lesbofobia, pois silencia e invisibiliza outras orientações que não a heterossexualidade (RUFINO, 2018).

#### 5.2.6 Invisibilidade lésbica na saúde

Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019) discutem sobre a invisibilidade da população LGBT na atenção básica, à qual atribuem pela falta de conhecimento da ESF sobre a sua

população adstrita ou ainda pela dificuldade de abertura e comunicação sobre questões referentes à sexualidade.

A não identificação dessa população resulta no levantamento incorreto acerca dos dados epidemiológicos no território, no registro incompleto ou equivocado de informações nos cadastros e portanto, justifica o baixo investimento financeiro, político e assistencial à essa população. De acordo com o Ministério da Saúde, é papel comum de todos os profissionais da atenção básica, promover a mobilização social da comunidade, bem como estimular os conselhos de usuários a fim de viabilizar o controle social do SUS. Em Santa Catarina, o único Conselho Municipal dos Direitos LGBT está situado na capital, Florianópolis; porém de acordo com os dados dessa pesquisa, 82,35% dos trabalhadores responderam que existe um conselho em Lages ou que desconhecem sobre o assunto.

A participação social como estratégia para equidade em saúde, é vista muito mais como um conjunto de intenções do que uma incorporação da realidade das políticas públicas, sem haver de fato engajamento e proposições completas para sua construção. O sentido de equidade é justamente a participação social e o engajamento dos segmentos sociais que continuam sendo excluídos do acesso integral e universal à saúde (LIONÇO; COSTA citada por GUIMARÃES, 2018).

De acordo com Rufino (2018), a necessidade de transpor barreiras estruturais, financeiras e principalmente culturais se caracteriza como as maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, no relato de as mulheres lésbicas. A atitude heteronormativa dos profissionais frequentemente é apontada como principal obstáculo, que traz como consequência a dificuldade para revelação de práticas sexuais, bem como experiências anteriores de discriminação após a revelação da orientação sexual; sendo esses são os dados mais amplamente encontrados nos estudos direcionados à saúde de lésbicas e pessoas não heterossexuais.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa apresentou como problemática “Qual a compreensão dos profissionais da Atenção Primária em relação à saúde das lésbicas?” e o objetivo geral foi conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das ações de saúde das lésbicas da cidade de Lages (SC).

Considera-se que foi possível responder aos seus objetivos, de acordo com a metodologia escolhida e por meio da análise e discussão dos dados quantitativos apresentados. A primeira categoria de análise “Conhecimentos gerais dos profissionais sobre questões LGBT”, que discorre sobre a problemática desse estudo, aponta que os profissionais conhecem pouco sobre as questões de saúde das lésbicas, o que fica explicitado diante no número de profissionais que nunca participou de nenhum tipo de qualificação sobre essa temática no âmbito da saúde. Essa situação indica como efeito o desconhecimento de questões básicas sobre a diversidade, como por exemplo, a própria sigla LGBT, dificultando que se amplie a percepção das demandas de saúde dessa população.

Foi possível observar que não havendo a identificação dessa população, e com isso o não reconhecimento de suas vulnerabilidades específicas inerentes da própria condição da orientação sexual, não ocorre também a percepção da necessidade de desenvolvimento de estratégias específicas de atendimento à saúde das lésbicas, seja de promoção de saúde ou prevenção de agravos; o que foi amplamente discutido na categoria referente às práticas de atendimento à saúde integral das lésbicas. O primeiro passo para o atendimento com equidade, pode ser considerado a identificação da população adscrita, e logo nesse ponto já foi possível analisar fragilidades que comprometem, num efeito cascata, a continuidade da atenção à saúde dessa população, a exemplo o não desenvolvimento de práticas específicas de atendimento profissional que considerem as questões singulares relacionadas à saúde das lésbicas.

Os resultados dessa pesquisa apontaram que a atenção e cuidado disponibilizados pelos profissionais na atenção primária em Lages (SC) não corresponde ao preconizado pela PNSI-LGBT. As discussões demonstram que uma das causas é o próprio desconhecimento da grande maioria dos profissionais acerca da existência dessa política. Como consequência do cenário identificado, apresenta-se uma prática de saúde que, ao invisibilizar a população de lésbicas, vai além da não oferta de um atendimento à saúde integral com equidade e acaba por esbarrar na reprodução de violências a nível institucional, e na ausência de promoção de saúde e prevenção de agravos, muitas vezes gerados pela lesbofobia.

Após a realização desta pesquisa indica-se o investimento nos processos de educação em saúde para os trabalhadores sobre essas questões de saúde da população LGBT, visando a diminuição dos preconceitos e tabus que funcionam como uma barreira para o atendimento à esse público. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT ressalta de forma contundente o embasamento para a promoção de uma atenção à saúde sem discriminação, considerando a diversidade e as especificidades para que esta população tenha efetivado seu direito à saúde. Considera-se que a ampla divulgação dessa política e a fomentação acerca das dificuldades encontradas no território possam diminuir as dificuldades de identificação, acesso e consequentemente de oferta de práticas acolhedoras às demandas de saúde dessa população, já tão fortemente negligenciadas. Destaca-se a necessidade primordial de identificação dessa população nos territórios, acabando com a invisibilidade política e oportunizando que tantas identidades sejam legitimadas.

## 7. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. R. T. C., BOTELHO N. M., RODRIGUES C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. *RevBrasMedFam Comunidade*. 2019;14(41):1758. Disponível em <[https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1758](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1758)>

ALMEIDA, G; HEILBORN, M. L. Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. In.: *Gênero*. Niterói, v. 9, n. 1, 2. sem. 2008. p. 225-249.

BENVIDES, B. G.; NOGUEIRA, B. N. S. (orgs). Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020

AROUCA, S. Democracia é saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 8., março de 1986, Brasília. Realização: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Núcleo de Vídeo/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Vídeo restaurado em 2013. Publicado no canal VídeoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 vídeo (42min33seg). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ).

BRASIL. Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual / elaboração: André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos.; Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004

Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS. Brasília, 2010. Disponível em:<  
<http://www.rcdh.es.gov.br/sites/default/files/Politica%20Nacional%20de%20Saude%20Integral%20LGBT.pdf>>

BRASIL. Secretaria-Executiva. MAIS SAÚDE: direito de todos: 2008 – 2011. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BROWN; J. L. et all. Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface* 18 (51) Oct-Dec. 2014. Disponível em [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000400673&lang=pt](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400673&lang=pt), acessado em março de 2019.

BUONICORE, A. O Anti-feminismo na História. Almanaque d’Elas, 2015

CARVALHO, C. S; CALDERARO, F; SOUZA, J. O dispositivo “Saúde de Mulheres Lésbicas”: (in) visibilidade e direitos. *Psicologia política*. Vol. 13. nº 26. PP. 111-127. Jan/abr, 2013.

CASTELLS, Manuel. O poder da identidade. In: A era da informação: economia, sociedade e cultura, v. 2. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CFP - CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (org). Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores. 2ª Edição Brasília-DF, 2013.

CORRÊA, S. O.; MUNTARBHORN, V. (Orgs.). Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em [http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf). Acessado em março de 2019.

FACCHINI, R; BARBOSA, R. Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FERRÃO, D.; CARVALHO, L. F.; COACCI, T. (org) Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo. Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, CRP-04, 2019

Gomes, S. M.; Sousa, L. M. P.; Vasconcelos, T. M.; Nagashima, A. M. S. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. Saúde soc. 27 (4) Oct-Dec 2018, disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180393>>

GUIMARÃES, R. C. P. Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)— Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/34523>>

IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em fevereiro de 2019.

MICHELS, E. Mortes violentas de LGBT+ no Brasil - Relatório 2018. Grupo Gay da Bahia – GGB. Disponível em <<https://tribunahoje.com/wpcontent/uploads/2019/01/Popula%C3%A7%C3%A3o-LGBT-morta-no-Brasilrelat%C3%B3rio-GGB-2018.pdf?x69597>>

PERES, M. C; SOARES, S. F; DIAS, M. C. Dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.

PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

RUFINO, A. C.; et all. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, vol.27, no.4. Brasília, 2018

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Texto original: Joan Scott – Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%AAneroJoan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAneroJoan%20Scott.pdf)> Acessado em Agosto, 2018.

SERPA, E. C. Os indômitos povos de que ella Villa de Lagens se compões pela maior parte. Revista Catarinense de História. Departamento de História da UFSC - Volume 2 (Português) Capa Comum, 1994

SILVA, J; FILHO, C; BEZERRA, H. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle. Espaço para a Saúde - Revista de Saúde Pública do Paraná. v 18, 2017.

Sítio eletrônico Cidades do Meu País. Lages, SC. Disponível em: <<https://www.cidadesdomeubrasil.com.br/sc/lages>> Acessado em janeiro de 2019.

Sítio eletrônico Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Saúde de A à Z. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/>> Acessado em janeiro de 2019

Sítio eletrônico. Grupo Gay da Bahia. Quem a homofobia matou hoje? Disponível em: <<https://homofobiamata.wordpress.com/>>. Acesso em: fevereiro de 2019.

TOLEDO, L. G.; FILHO, F. S. T. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. v. 10, n. 3. 2010. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8910/6792>>

VALADÃO, R. C; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis: Revista de Saúde Coletiva. vol. 21 nº 4. Rio de Janeiro OctDec. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312011000400015&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312011000400015&lang=pt)> , acessado em março de 2019.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. Brasília: Flacso, 2015.

## APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO

Por gentileza, escolha apenas a alternativa que corresponde à sua realidade de trabalho na Atenção Primária em Saúde

2. Qual sua profissão?
  - Agente Comunitário de Saúde
  - Auxiliar/ Técnica de Enfermagem
  - Auxiliar de Consultório Dentário/ Técnica em Saúde Bucal
  - Dentista
  - Enfermeiro
  - Médico
  - Outro (Especifique)
3. Vínculo empregatício com a Prefeitura de Lages
  - Efetivo
  - Processo seletivo
  - Contrato
  - Outro
4. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
5. Você sabe o que significa a sigla LGBT?
  - Sim
  - Não
  - Mais ou menos
6. Você já participou de algum curso, capacitação, palestra ou outra atividade de formação, oferecida pela Secretaria de Saúde de Lages, sobre questões de saúde da população LGBT? (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros)
  - Sim
  - Não
7. Existe uma política de saúde específica para a população LGBT?
  - Sim
  - Não
  - Desconheço
8. Em Lages, existe um Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas LGBT?
  - Sim
  - Não     Não sei
9. A sua equipe já promoveu alguma atividade sobre temas de saúde da população LGBT?
  - Sim
  - Não
  - Não sei
10. Existe diferença entre "orientação sexual" e "identidade de gênero"?
  - Sim
  - Não
  - Não sei
11. Com que frequência você pergunta a orientação sexual das mulheres que atende?
  - Sempre
  - Quase sempre
  - Às vezes
  - Quase nunca
  - Nunca
12. Você se sente confortável para perguntar a orientação sexual das mulheres que você atende?
  - Sempre
  - Quase sempre
  - Às vezes
  - Quase nunca
  - Nunca
13. Você já atendeu uma mulher lésbica na atenção básica?
  - Sim
  - Não
14. Você sabe onde moram as mulheres lésbicas no seu território?
  - Sim
  - Não
  - Mais ou menos

15. Há alguma mulher lésbica idosa no seu território?
- Sim
  - Não
  - Não sei
16. Você conhece alguma mulher lésbica que participa ou participou de algum grupo realizado pela equipe de saúde?
- Sim
  - Não
17. As orientações de saúde para as mulheres lésbicas devem ser diferentes do que as orientações de saúde para as mulheres heterossexuais?
- Sim
  - Não
  - Mais ou menos
  - Não sei
18. Você já atendeu alguma mulher que sofreu algum tipo de violência?
- Sim
  - Não
19. Você já atendeu alguma mulher lésbica que tenha sofrido algum tipo de violência?
- Sim
  - Não
20. Você já atendeu alguém que foi vítima de homofobia?
- Sim
  - Não
21. Você já presenciou alguma situação de preconceito ou discriminação contra mulheres lésbicas nas unidades de saúde?
- Sim
  - Não
22. Você conhece o processo transexualizador, que regulamenta os procedimentos para a readequação sexual?
- Sim
  - Não
23. Numere de 1 a 5 os aspectos que você considera mais importantes para serem abordados sobre saúde das lésbicas, sendo 1 para o mais importante e 5 para o menos importante:

	1	2	3	4	5
Prevenção de IST/HIV/Aids e Saúde sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exames preventivos, saúde física e exames de rotina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestação, parto, puerpério e saúde reprodutiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de drogas ilícitas, álcool e/ou tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homofobia, preconceito, discriminação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educação e emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relações familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saúde mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro (especifique)					

**A seguir faremos algumas perguntas sobre você!**

24. Informe sua maior escolaridade
- Ensino fundamental compl.
  - Ensino médio completo
  - Ensino superior completo
  - Especialização completa
  - Mestrado completo
  - Doutorado completo
25. Autodenominação de cor
- Negra
  - Parda
  - Branca  Outra
26. Qual sua Religião?
- Católica
  - Evangélica
  - Espírita  Outra
27. Qual identidade de gênero?
- Mulher
  - Homem
  - Prefiro não responder
  - Outra
28. Qual a sua Orientação sexual?
- Heterossexual
  - Bissexual
  - Homossexual
  - Prefiro não responder
  - Outra
29. Qual sua Renda familiar?
- Até 1 salário mínimo
  - Até 2 salários mínimos
  - Até 3 salários mínimos
  - Até 4 salários mínimos
  - Até 5 salários mínimos
  - Até 6 salários mínimos
  - Até 7 salários mínimos
  - Até 8 salários mínimos
  - Até 9 salários mínimos
  - Até 10 salários mínimos
  - Mais de 10 salários mínimos

**Muito Obrigada pela colaboração!!!**

## APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E Esclarecido - TCLE (Resolução 466/2012 CNS/CONEP)

Você está sendo convidada(o) a participar do projeto de pesquisa intitulado “SAÚDE DAS LÉSBICAS: compreensão dos profissionais de saúde na atenção primária”. O objetivo deste trabalho é analisar os conhecimentos e a atuação dos profissionais da atenção básica para a saúde das lésbicas da cidade de Lages.

De acordo com a resolução 466/2012 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer sensibilização em relação ao tema, e se estes ocorrerem serão solucionados/minimizados por acolhimento pela pesquisadora e, se necessário, encaminhamento para atendimento psicológico de forma gratuita. As informações coletadas serão utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual receberá uma cópia.

O benefício da pesquisa será a busca de garantia de direitos dessa população, através da identificação de práticas de atendimento à saúde integral às lésbicas na atenção básica em Lages, correlacionados com os conhecimentos profissionais acerca das diretrizes de atendimento para essa população na atenção básica.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº466/12 e complementares.

Para qualquer informação no decorrer da sua participação, estarei disponível através do telefone: (49)991623838, ou pelo endereço [julianalessmann@gmail.com](mailto:julianalessmann@gmail.com). Se necessário, também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, email: [cep@uniplaclages.edu.br](mailto:cep@uniplaclages.edu.br). Desde já agradecemos!

Eu (nome por extenso e CPF) declaro que após ter sido informada (o) pela pesquisadora, lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

\_\_\_\_\_ (nome e assinatura do sujeito  
da pesquisa) Lages, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Responsável pelo projeto: Juliana Cristina Lessmann Reckziegel. Endereço para contato: Av. Castelo Branco, 170, setor: Mestrado em Ambiente e Saúde. Telefone para contato: (49)991623838, endereço e-mail [julianalessmann@gmail.com](mailto:julianalessmann@gmail.com)



### APENDICE 3: ARTIGO SUBMETIDO PARA PUBLICAÇÃO

**INVISIBILIDADE LÉSBICA NA SAÚDE:** reprodução de violências institucionais

**LESBIC INVISIBILITY IN HEALTH:** reproduction of institutional violence

#### **Resumo**

Este artigo possui como objetivo conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das questões de saúde das mulheres lésbicas da cidade de Lages (SC). A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI-LGBT) é uma estratégia para a garantia de equidade no Sistema Único de Saúde, e preconiza o respeito ao atendimento dessa população, sem preconceito e sem discriminação. A caracterização do estudo se configura por uma abordagem quantitativa, na qual os dados foram coletados por meio de um questionário, respondido pela amostra de 218 profissionais que atuam na Atenção Básica do Município de Lages. Os resultados apontaram que não ocorre a identificação da população de lésbicas no território de Lages, e portanto, o não reconhecimento das vulnerabilidades específicas e da necessidade de desenvolvimento de estratégias de atendimento à essa população, seja de promoção de saúde ou prevenção de agravos. Dessa forma, considera-se que a atenção e o cuidado disponibilizados às lésbicas pelos profissionais na Atenção Primária vai de encontro do preconizado pela PNSI-LGBT. Constatou-se a necessidade de investimento nos processos de educação em saúde para os trabalhadores sobre as questões de saúde da população LGBT para efetivação da política.

**Palavras-chave:** invisibilidade, saúde, lésbicas, profissionais, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

#### **Introdução**

Este artigo possui como objetivo geral conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das questões de saúde das mulheres lésbicas da cidade de Lages (SC).

Essa temática é relevante, especialmente, porque desde 2011 o Brasil conta com uma Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que objetiva atender as demandas específicas de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Portanto, se torna necessária a busca por ferramentas e estratégias para ampliar a qualificação profissional e, posteriormente, contribuir com a formação dos profissionais do SUS, por meio de palestras, debates e discussões. Também, há necessidade de problematização acerca das questões de sexualidade, e de sua abordagem na produção científica enquanto instrumento de transformação social afim de efetivar a garantia das políticas públicas com equidade para a população LGBT+.

Nessa perspectiva as autoras Facchini e Barbosa (2006) apresentam no “Dossiê Saúde de Mulheres Lésbicas Promoção da Equidade e da Integralidade”, que esse tema de estudo mantém-se relevante, considerando que ainda perdura a escassez de pesquisas que considerem as questões de saúde das lésbicas, evidenciando-se uma lacuna na produção científica abordando a temática saúde e homossexualidade feminina no Brasil.

As autoras enfatizam que há uma carência de Políticas Públicas de Saúde consistentes para o enfrentamento das dificuldades e necessidades desta população, considerando precário conhecimento dos profissionais da saúde sobre suas demandas e a ausência de tecnologias de cuidado à saúde das mulheres lésbicas. Também, alertam que os preconceitos e as práticas discriminatórias, convertem-se, 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 acesso digno à saúde.

Outro dado que aponta a relevância desta temática é o estudo realizado por Filho, Silva e Bezerra (2017), sobre a crescente visibilidade às iniciativas voltadas para a promoção da equidade da população LGBT no SUS entre 2004 e 2014, embora com a efetivação ainda insuficiente. Esses autores enfatizam a necessidade da criação de dispositivos legais que proíbam práticas discriminatórias e de exclusão nos serviços de saúde e, também a implementação de ações e estratégias de educação permanente, em conjunto com os movimentos sociais, visando a desconstrução da homo-lesbo-transfobia.

Nesse íterim, considerando as prerrogativas da atenção primária à saúde, e de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, questiona-se: Qual a compreensão dos profissionais da Atenção Primária de Lages – Santa Catarina (SC), em relação às questões de saúde das mulheres lésbicas?

Na sequência, serão apresentados dados acerca de uma contextualização histórica e do desenvolvimento de políticas de saúde para o atendimento da população LGBT no Brasil que

serviram como base para a realização da pesquisa. Serão abordados os processos metodológicos utilizados bem como, a descrição da amostra populacional. Na análise dos resultados e discussão, percebe-se a necessidade de maior investimento nas políticas de educação permanente e educação em saúde como fundamentais para garantia de acesso e equidade no atendimento das mulheres lésbicas no SUS. Ao final, apresenta-se as considerações finais e sugestões.

### **Políticas Públicas de Saúde para mulheres lésbicas**

Para a compreensão da dinâmica saúde-doença é necessário considerar também seus determinantes sociais, de modo que é preciso admitir que a exclusão social e todas as formas de opressão e discriminação - como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, bifobia, travestifobia e transfobia sofridas, interferem diretamente na qualidade de vida e saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2013).

No Brasil percebe-se uma certa omissão do poder público no levantamento de dados epidemiológicos em relação às questões da população LGBTQ+. Para tanto, existem algumas organizações não governamentais que se dedicam ao monitoramento e análise para produção desses dados, realizando periodicamente sua divulgação, especialmente voltada ao acompanhamento dos índices de violência contra pessoas transexuais e travestis. De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), na apresentação do “Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019”, o Brasil lidera o ranking mundial de assassinato contra essas pessoas, se mantendo nesse lugar nos últimos 10 anos (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020).

A saúde das mulheres, além dos seus aspectos gerais inclui predominantemente os assuntos da reprodução e suas fases, sendo que há muito tempo as transformações do corpo feminino tornaram-se objeto de credices e mística, que alimentam preconceitos e restringem a vida e a sexualidade das mulheres (BUONICORE, 2015). Assim, o “fazer” em saúde é, talvez, o mais importante foco do controle opressivo, pois traz consigo o domínio do corpo e a vivência da sexualidade.

Gênero é analisado como um mecanismo de poder político, o qual se refere aos conjuntos de leis que os hierarquizam no que corresponde a acesso a direitos e possibilidades de acesso a bens materiais e exercício de atividades de trabalho, nos quais as mulheres

mantêm, invariavelmente, posições de menos favorecimento (SCOTT, 1989). Segundo a autora supracitada, a manutenção dessa submissão hierárquica do gênero feminino ocorre a partir da naturalização das diferenças sexuais, da suposição de uma interioridade típica da mulher e do homem, que os colocam em permanente oposição nos modos de ser e estar no mundo.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em sua Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (PNSI-LGBT), publicada em 2013, o Movimento da Reforma Sanitária garantiu, através da Constituição de 1988, a saúde como direito no Brasil. Nessa política o conceito de saúde é apresentado de modo ampliado, indo além da assistência médico sanitária, ou seja, decorre inclusive do acesso das pessoas aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais.

Uma estratégia para a garantia de equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) foi a implementação da Política LGBT. O Programa Mais Saúde – Direito de Todos, lançado no ano de 2008, legitimou o compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades, ao passo em que visa à reorientação das políticas de saúde, objetivando a ampliação das ações e serviços oferecidos (BRASIL, 2013). De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, o respeito é fundamental para a garantia da humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para isso, propõe a articulação de um conjunto de ações e programas, como medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS.

## **Metodologia**

Essa pesquisa pode ser considerada aplicada, quantitativa analítica e ainda como exploratória explicativa. Esse estudo foi realizado na cidade de Lages, que é considerada o principal município da mesorregião serrana no estado de Santa Catarina.

Foram consideradas as garantias éticas aos participantes da pesquisa previstas na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias de igual teor sendo que uma delas permaneceu com o participante do estudo. O projeto faz parte do macroprojeto “Resiliência e diversidade de gênero” sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade do Planalto Catarinense, sob parecer n. 1.637.449.

O projeto foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde que autorizou a coleta de dados durante o período de qualificação dos profissionais da saúde.

A coleta de dados foi realizada nas datas de 16 e 17 de dezembro de 2019, durante um encontro para qualificação profissional, no qual se reuniram todos os trabalhadores da Atenção Primária divididos nos dois dias.

Nos dias dos encontros, foram apresentados aos trabalhadores os objetivos da pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, bem como entregue duas cópias do TCLE juntamente com os questionários àqueles que manifestaram concordar em responder. A aplicação dos questionários ocorreu de maneira coletiva, no final de cada um dos encontros e, devolvidos à pesquisadora juntamente com a cópia do TCLE assinado.

O controle do número de questionários respondidos por cada categoria foi realizado pela pesquisadora, e diante do alcance do número necessário de respostas para a amostra, se encerrou o convite à novos participantes. Desse modo, a escolha dos participantes de cada categoria profissional ocorreu aleatoriamente e até que a quantidade definida fosse alcançada.

Para a realização da coleta de dados foram aplicados questionários com múltiplas escolhas. O questionário foi desenvolvido pelas autoras, com base nas legislações do Ministério da Saúde sobre a operacionalização da APS e ancorado nas Políticas Públicas para atendimento à saúde da população LGBT.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais da saúde de ambos os gêneros que atuam na Atenção Primária em Saúde de Lages, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde. Foi coletada uma amostragem representativa de profissionais considerando o intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Para o cálculo foi utilizada a ferramenta computacional SestatNet® (NASSAR et al, 2019), conforme tabela a seguir:

De acordo com o programa SestatNet® (NASSAR et al, 2019), foi calculado o percentual para definição da amostra representativa da população, onde se obteve o número de trabalhadores de cada categoria a serem participantes do estudo, que prontamente aceitaram ao convite.

Tabela 1: População e amostra do estudo.

Categoria profissional	Número de profissionais ativos junto à SMS	Número de profissionais convidados para o estudo
Agentes Comunitárias de Saúde	271	117
Auxiliar/técnico de saúde bucal	39	17
Dentistas	38	17
Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF (psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos)	9	4
Enfermeiras	38	17
Médicos	28	12
Auxiliares/técnicos de enfermagem	78	34

Fonte: própria autora, 2020.

As perguntas objetivaram caracterizar o perfil dos participantes em questão, com informações demográficas e relacionadas à identidade, formação e renda; algumas questões voltaram-se de modo mais específico para os conhecimentos acerca da população LGBT e da Política de Saúde Integral da População LGBT, e para as práticas de intervenção dirigidas a essa população.

Os dados foram digitados em uma plataforma online de coleta de dados (Plataforma SurveyMonkey®, sendo realizadas as estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mínimo, máximo, frequência absoluta e relativa) por meio desta ferramenta.

## Resultados

Dos participantes da pesquisa, a maioria atua como Agente Comunitário de Saúde com um número representando 53% da população que respondeu o questionário, seguido de Auxiliares/Técnicos de Enfermagem com um número de 15% e posteriormente dentistas (9%). Outras categorias profissionais complementam o total da amostra, estando situados entre Médicos, Enfermeiros, Auxiliares ou Técnicos de Saúde Bucal ou outras profissões que atuam em equipes multiprofissionais. O percentual de profissionais que possuem um vínculo de trabalho efetivo com a Prefeitura Municipal de Lages (PML) se apresenta equivalente ao número de profissionais que responderam atuar em regime de processo seletivo.

Acerca de informações de idade, encontram-se numa média de 38,4 anos (Desvio padrão de 9,4 anos), sendo mínimo 21, máximo 62 e mediana 37. A maioria (49,08%) possui

nível de formação de ensino médio. Em relação à identidade de gênero 92,63% se autodeclara mulher, e 89,27% heterossexuais. Ao se tratar de autodenominação de cor, 63% se autodeclara branca, e em relação à religião 78% de declaram católicas ou evangélicas. A renda prevalente é até 2 salários mínimos, estando 34,93% dos trabalhadores nessa faixa.

Em relação à prática de atendimento voltado às mulheres lésbicas, 86,94% dos profissionais responderam que já atenderam uma lésbica na atenção básica, porém 56,82% disseram não saber, ou saber mais ou menos onde moram as lésbicas no seu território de abrangência. 47,73% dos participantes responderam que não sabem sobre a existência de alguma lésbica idosa no seu território e 77,98% responderam que não conhecem lésbicas que tenham participado de grupos promovidos pela equipe de saúde. Apenas 4,07% dos profissionais responderam que sua equipe de saúde promoveu alguma intervenção específica sobre temas para a população LGBT.

Acerca de aspectos relacionados ao atendimento de mulheres vítimas de violência, 55,25% dos participantes responderam que já atenderam uma mulher nessa situação, porém quando a pergunta é se já atendeu uma lésbica que tenha sofrido alguma violência, 90,24% responderam que não. Quando especificado o tipo de violência sendo homofobia, 23,90% responderam que já atenderam vítimas desse crime, e 86,76% disseram que não presenciaram situações de preconceito ou discriminação contra lésbicas nas unidades de saúde.

## **Discussão**

Nesta seção serão apresentadas as discussões relacionadas aos principais resultados que apontam sobre práticas que invisibilizam as mulheres lésbicas e duas demandas específicas de saúde na prática da atenção básica.

A territorialização está contida entre os princípios e diretrizes que caracterizam os serviços a serem prestados pela Atenção Básica e que orientam a sua organização em nível municipal. É uma diretriz que possibilita o planejamento, programação e desenvolvimento de ações com foco em um território específico, objetivando impactar as condições de saúde daquela população específica. A população adscrita é definida por aquela presente no território da unidade básica de saúde, a qual possui um vínculo com a equipe, o que fundamenta a longitudinalidade do cuidado.

Os dados obtidos com a pesquisa apontam uma situação deficitária se tratando da identificação da população LGBT, especialmente na identificação das lésbicas no território.

Mesmo havendo um documento específico e obrigatório para o cadastro individual da população, com um campo onde possibilita que a pessoa escolha responder sobre sua orientação sexual e identidade de gênero, 90,08% dos participantes responderam que “às vezes” ou “nunca/quase nunca” perguntam a orientação sexual das usuárias que atendem, o que indica o preenchimento incorreto de um documento de cadastro populacional obrigatório. Junto com esse dado, 45,41% dos profissionais responderam que “quase nunca ou nunca” se sentem confortáveis para perguntar a orientação sexual das mulheres que atendem, porém 86,94% dos profissionais responderam que já atenderam uma lésbica na atenção básica.

Entre os documentos de identificação da população atendida no território da UBS, consta a “Ficha de Cadastro Individual”, que serve para o registro das características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários. O objetivo desse cadastro é captar informações de identificação sociodemográficas e condições de saúde autorreferidas dos usuários. Nessa ficha, consta um campo com a seguinte questão: “Deseja informar a orientação sexual/identidade de gênero?”, com possibilidade para o usuário responder sim ou não. Caso a resposta seja afirmativa, segue para o campo “Qual?”, tendo como opções “heterossexual”, “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”. Dessa forma, quando os profissionais não realizam essa pergunta às mulheres atendidas, acabam por negar-lhes o direito de escolha sobre informar e afirmar sua própria identidade, impedindo a possibilidade de legitimar a orientação sexual e identidade de gênero.

Para Guimarães (2018), ao partir do pressuposto que questionar a orientação sexual de uma pessoa é motivo de ofensa ou constrangimento, acaba por sustentar o reconhecimento do caráter moral atribuído à homossexualidade; ou seja, esse constrangimento segue legitimando a heterossexualidade como única forma válida de expressão da sexualidade e demarcando as margens onde a população LGBT pode transitar.

Curiosamente, na mesma proporcionalidade, os profissionais responderam que já atenderam lésbicas na atenção básica. Essa situação revela uma questão preocupante, onde a identificação das lésbicas não é feita pela autodeclaração, mas sim por uma suposição do profissional, de acordo com sua própria percepção, indicando uma prática preconceituosa e discriminatória. De acordo com Guimarães (2018), a ação de associar a orientação heterossexual ou não-heterossexual, e identidade de gênero conforme o sexo biológico sem abordar o assunto, ao mesmo tempo reproduz a invisibilidade, o preconceito e a violência simbólica que as pessoas LGBT sofrem no local onde deveriam ser acolhidas e respeitadas.



Quando a avaliação sobre a identidade de gênero e orientação sexual de uma mulher acontece a partir de uma definição arbitrária, se reforça uma prática de “reprodução normativa”, o que significa ignorar e impossibilitar o reconhecimento de diversas expressões corporais, além de reproduzir uma visão estereotipada sobre as pessoas. Essa prática leva à uma naturalização da violência, ao passo que banaliza uma demanda de saúde (PRADO, MACHADO, 2008).

Um sistema de saúde, onde se preconiza o tratamento integral do ser humano, onde avanços ocorreram na inclusão da orientação sexual e identidade de gênero enquanto determinantes de saúde, onde a ficha do E-SUS possui um espaço de identificação caso estas pessoas queiram declarar sua orientação sexual e identidade de gênero, e os profissionais simplesmente se calam, silenciam, se constroem, tem medo, receio de abordar, prejudica todo o planejamento de saúde para essa população. As consequências desse comportamento impactam a geração de dados sobre a saúde da população LGBT, na medida em que a orientação marcada na ficha é a da aparência ou a do registro civil, impedindo que se tenha uma estimativa mais precisa do tamanho da população LGBT que procura o serviço e dos indicadores de situação de saúde (GUIMARÃES, 2018).

Transtornos mentais, depressão, ansiedade e abuso de substâncias químicas são mais prevalentes na população de lésbicas do que do que na população de mulheres heterossexuais (MARQUES *et al.*, 2013). O que se encontra na presente pesquisa em resposta à questão sobre as diferenças de orientações à saúde das lésbicas e mulheres heterossexuais, 83,87% dos participantes responderam que “não existem ou não sabem/desconhecem” as diferenças de orientação à saúde desses dois grupos. Quando questionados sobre a realização de alguma intervenção específica para saúde da população LGBT, 87,33% dos profissionais respondeu que sua equipe de saúde da família nunca realizou alguma intervenção nesse sentido; e ao se tratar da participação de lésbicas nos grupos de saúde promovidos, 77%98% respondeu que não conhecem nenhuma lésbica que frequente essas atividades.

A análise conjunta desses dados demonstra um agravante em relação aos cuidados de saúde oferecidos à esse público, bem como a atenção às diferenças de demandas. Quando essa população não é reconhecida e diferenciada, torna-se evidente a consequência de não ser atendida dentro de suas especificidades. Ao não ter conhecimento das diferenças das demandas de saúde da população LGBT, especialmente das lésbicas, se resulta no déficit de oferta do atendimento integral à saúde dessas mulheres, onde as lésbicas não recebem orientações específicas relacionadas às suas demandas, ou ainda, têm suas demandas

negligenciadas. Assim, corrobora-se com Lionço (2008), citada por Guimarães (2018), quando a autora aponta em seu estudo que o desconhecimento dos profissionais da área de saúde sobre a diversidade sexual pode levar a ausência de encaminhamentos que considerem “especificação da realidade de vida e saúde” da população LGBT.

Quando comparadas às mulheres heterossexuais, as lésbicas são menos propensas a utilizar método de proteção contra IST's, bem como realizam menos consultas ginecológicas e recebem menos orientações sobre suas dúvidas sexuais. Esse dado demonstra a maior vulnerabilidade desse grupo quando se trata de aspectos de saúde sexual e reforça a importância da investigação das práticas e orientação sexual das mulheres, a fim de garantir uma assistência adequada a suas especificidades (RUFINO, 2018).

Além desse aspecto, na atenção básica são promovidos diferentes grupos de saúde coletiva: de atividade física, de cessação do tabagismo, de gestantes, entre outros. Dessa forma, pode-se pensar sobre a lacuna nos atendimentos de saúde à população de lésbicas que estejam nessas intervenções, pois ao desconsiderar a orientação sexual das participantes, acaba-se por desperdiçar uma possibilidade de oferecer atenção e orientação às demandas específicas dessa população. Não conhecer sobre a presença de lésbicas nesses contextos, pressupõem que as orientações sobre saúde oferecidas sejam genéricas, ou ainda que as lésbicas são submetidas à uma orientação cisheteronormativa que desrespeita sua identidade, produzindo um contexto de violência. As autoras Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019) atribuem a invisibilidade da população LGBT na atenção básica à falta de conhecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a sua população adstrita ou ainda à dificuldade de abertura e comunicação sobre questões referentes à sexualidade.

Gomes et al. (2018) trazem em seus resultados sobre a concepção dos gestores de saúde acerca da população LGBT, que ainda que pessoas LGBT façam parte do convívio pessoal dos profissionais, esse fato não retrata o reconhecimento político desses sujeitos, mas sim a existência de uma normatização e de uma invisibilidade das especificidades trazidas na vivência do indivíduo. As autoras encontraram dados que demonstram a superficialidade do próprio reconhecimento do uso que as pessoas LGBT fazem dos serviços de saúde, denunciando a invisibilidade dessa demanda e não preconização dos princípios de um sistema universal, equânime e integral. Do mesmo modo, os dados encontrados nesta pesquisa convergem com o estudo de Gomes et al (2018) onde a população LGBT passa pela ESF sem ser enxergada, reconhecida ou mesmo ouvida, mostrando a necessidade de qualificação dos profissionais e estímulo à participação social dessas pessoas.

A lesbofobia pode se apresentar de diferentes maneiras e produzir igualmente diferentes impactos na vida e saúde das lésbicas, como por exemplo: exclusão familiar, dificuldades relacionadas ao ingresso e permanência no mercado de trabalho, impactos na saúde mental, altos índices de suicídio e autolesão, maior prevalência de alcoolismo e uso/dependência de outras drogas, entre outras. As lésbicas estão mais vulneráveis à essas situações do que as mulheres heterossexuais, e portanto, demandam maior atenção em relação à proteção e prevenção desse tipo de violência, que impacta diretamente nos aspectos de saúde.

Albuquerque, Botelho e Rodrigues (2019) trazem que a população LGBT é mais suscetível a agressões quando comparada a população heterossexual, dado evidenciado pelo estudo da Associação da Parada do Orgulho GLBT de São Paulo, no ano de 2006, onde 67% dos respondentes declararam haver sofrido discriminação devido à sua sexualidade, e 59% dos sujeitos sofrido alguma agressão pelo mesmo fator. Essas autoras trazem ainda que já no ano de 2012, segundo a extinta Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, registraram-se por dia em torno de 27 queixas relacionadas à discriminação sexual, considerando que a subnotificação conduz à um número menor do que o real.

Não conhecer a orientação sexual das mulheres atendidas na atenção básica, significa também não perceber as violências as quais elas estão sujeitas, impossibilitando o enfrentamento da lesbofobia e a intervenção acerca de suas consequências. Na presente pesquisa 55,25% dos profissionais da saúde que responderam ao questionário disseram que já atenderam alguma mulher que tenha sofrido algum tipo de violência, porém esse número cai drasticamente para 9,76% quando a pergunta se refere ao atendimento específico de uma lésbica que tenha sofrido alguma violência; ou seja 90,24% dos participantes responderam que nunca atenderam uma lésbica que tenha sofrido violência. Por outro lado, 23,90% responderam que já atendeu alguma pessoa vítima de homofobia.

Esse dado mostra sobre a consequência da não identificação de lésbicas no território, ao passo que as mulheres vítimas de violência não são questionadas quanto à sua orientação sexual e ainda sobre a não identificação das violências que ocorrem contra as lésbicas, sendo que são um grupo mais vulnerável. Sobre a identificação de situações de preconceito ou discriminação contra lésbicas nas unidades de saúde, 86,76% disseram que não presenciaram essas situações. É possível questionar a atribuição das profissionais de saúde acerca dos conceitos de homofobia e lesbofobia, pois diante do cenário de práticas de atendimento à essa

população na atenção básica, percebe-se que a própria negação do direito de afirmar a orientação sexual se caracteriza como uma prática preconceituosa.

A lesbofobia não se caracteriza como uma violência explícita, e difere da violência física à medida que está presente na sutileza das relações, na suposição de que uma mulher é heterossexual baseada na percepção do profissional sobre sua identidade de gênero e sexo biológico, e em consequência, na imposição de um padrão heteronormativo de atendimento de saúde e na não percepção e negligência das vulnerabilidades às quais estão expostas.

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social, e a sua eliminação é uma das diretrizes da PNSI-LGBT, que foca na eliminação das homofobias, inclusive em nível institucional. Este é um marco para a compreensão de como as estruturas subjetivas dos profissionais produzem obstáculos para o atendimento à essa população, e destaca a contribuição de estratégias de educação permanente para mobilizar a transformação dessas estruturas (GUIMARÃES, 2018).

A não identificação dessa população resulta no levantamento incorreto acerca dos dados epidemiológicos no território, no registro incompleto ou equivocado de informações nos cadastros e, portanto, justifica o baixo investimento financeiro, político e assistencial à essa população. De acordo com o Ministério da Saúde, é papel comum de todos os profissionais da atenção básica, promover a mobilização social da comunidade, bem como estimular os conselhos de usuários a fim de viabilizar o controle social do SUS.

De acordo com Rufino (2018), a necessidade de transpor barreiras estruturais, financeiras e principalmente culturais se caracteriza como as maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde, no relato de as mulheres lésbicas. A atitude heteronormativa dos profissionais frequentemente é apontada como principal obstáculo, que traz como consequência a dificuldade para revelação de práticas sexuais, bem como experiências anteriores de discriminação após a revelação da orientação sexual; sendo esses são os dados mais amplamente encontrados nos estudos direcionados à saúde de lésbicas e pessoas não heterossexuais.

### **Considerações finais**

Este artigo tem como objetivo geral conhecer a compreensão dos profissionais da Atenção Primária acerca das ações de saúde das lésbicas da cidade de Lages (SC). Considera-

se que foi possível responder ao objetivo, de acordo com a metodologia escolhida e por meio da análise e discussão dos dados quantitativos apresentados.

Os resultados apontam que os profissionais conhecem pouco sobre as questões de saúde das lésbicas, e um grande número nunca participou de nenhum tipo de qualificação sobre essa temática no âmbito da saúde. O primeiro passo para o atendimento com equidade, pode ser considerado a identificação da população adscrita, e logo nesse ponto já foi possível analisar fragilidades que comprometem, num efeito cascata, a continuidade da atenção à saúde dessa população, a exemplo o não desenvolvimento de práticas específicas de atendimento profissional que considerem as questões singulares relacionadas à saúde das lésbicas.

Os resultados da pesquisa apontaram ainda que a atenção e cuidado disponibilizados pelos profissionais na Atenção Primária em Lages (SC) não corresponde ao preconizado pela PNSI-LGBT e uma das causas é o próprio desconhecimento da grande maioria dos profissionais acerca da existência dessa política. Como consequência do cenário identificado, apresenta-se uma prática de saúde que, ao invisibilizar a população de lésbicas acaba por esbarrar na reprodução de violências a nível institucional, e na ausência de promoção de saúde e prevenção de agravos, muitas vezes gerados pela lesbofobia.

Considera-se que a ampla divulgação dessa política e a fomentação acerca das dificuldades encontradas no território possam diminuir as dificuldades de identificação, acesso e conseqüentemente de oferta de práticas acolhedoras às demandas de saúde dessa população, já tão fortemente negligenciadas. Destaca-se a necessidade primordial de identificação dessa população nos territórios, acabando com a invisibilidade política e oportunizando que tantas identidades sejam legitimadas.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mário Roberto Tavares Cardoso de; BOTELHO, Nara Macedo; RODRIGUES, Cybelle Cristina Pereira. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. *Revista Brasileira de medicina da Família e Comunidade*, 4(41), 1758. 2019. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1758](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1758). Acesso em: 15 jul. 2020.

ALMEIDA, Gláucia; HEILBORN, Maria Luiza. Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras. *Revista Gênero*. Niterói, v. 9, n. 1, 2. sem. 2008. p. 225-249. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/30947/18036>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BENVIDES, Bruna G.; NOGUEIRA, Sayonara Naider Bonfi. *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2019*. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, 2020. Disponível em <https://antrabrasil.files.wordpress.com/2020/01/dossie3aados-assassinatos-e-da-violencia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. *Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação* contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual / elaboração: André Luiz de Figueiredo Lázaro; organização e revisão de textos: Cláudio Nascimento Silva e Ivair Augusto Alves dos Santos.; Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil\\_sem\\_homofobia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Mais Saúde: direito de todos: 2008 – 2011. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

BROWN, Josefina Leonor et al. Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2014, v. 18, n. 51. pp. 673-684. 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0049> . Acesso em 15 jul. 2020.

BUONICORE, Augusto. O Anti-feminismo na História. *Almanaque d'Elas*, 2015. Disponível em <http://www.fundosocialelas.org/ahentaosoufeminista/uploads/almanaque/ALMANAQUE-DELAS.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda, SOUZA; Solange Jobin e. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in)visibilidade e direitos. *Revista Psicologia política*. [online]. 2013, vol.13, n.26 p. 111-127. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2013000100008&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1519-549X. Acesso em: 15 jul. 2020.

CASTELLS, Manuel. *O poder da identidade*. Vol II. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, 1999.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. *Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores*. 2ª Edição Brasília-DF, 2013. Disponível em [http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/07/conasems-crepop\\_grafica4.pdf](http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/07/conasems-crepop_grafica4.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

FACCHINI, Regina; BARBOSA, Regina Maria. *Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006. Disponível em [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_saude\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

FERRÃO, Dalcira; CARVALHO, Lucas Henrique de; COACCI, Thiago. *Psicologia, gênero e diversidade sexual: saberes em diálogo*. Conselho Regional de Psicologia - Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerias, 2019.

GOMES, Sávio Marcelino; SOUSA, Luciana Maria Pereira de; VASCONCELOS, Thaissa Machado and NAGASHIMA, Alynne Mendonça Saraiva. O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde e Sociedade*. [online]. 2018, vol.27, n.4 p.1120-1133. 2018. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180393>. Acesso em: 15 jul. 2020.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos. *Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34523/1/2018\\_RitadeC%C3%A1ssiaPassosGuimar%C3%A3es.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/34523/1/2018_RitadeC%C3%A1ssiaPassosGuimar%C3%A3es.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.

MICHELS, Eduardo. *Mortes violentas de LGBT+ no Brasil - Relatório 2018*. Grupo Gay da Bahia – GGB. Disponível em <https://grupogaydabahia.files.wordpress.com/2020/03/relatorio-2018.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PERES, Milene Cristina Carneiro; SOARES, Suane Felipe; DIAS, Maria Clara. *Dossiê sobre lesbocídio no Brasil: de 2014 até 2017*. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2018.

**PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA.** Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br>. Acesso em: 15 jul. 2020.

RUFINO, Andréa Cronemberger et al. Práticas sexuais e cuidados em saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres: 2013-2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2018, vol.27, n.4. 2018. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000400005>. Acesso em: 15 jul. 2020.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Tradução Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Texto original: Joan Scott – Gender: a

usefulcategoryofhistoricalanalyses. Genderandthepoliticsofhistory. New York, Columbia University Press. 1989.

SILVA, Jonatan Willian Sobral Barros da; SILVA FILHO, Carlos Nobre e; BEZERRA, Hassyla Maria de Carvalho; DUARTE, Kesia Valentim Nascimento; MACEDO, Quinino, Louisiana Regadas de. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Espaço saúde (Online)*; 18(1): 140-149, jul. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-849160>. Acesso em: 15 jul. 2020.

TOLEDO, Livia Gonsalves e FILHO, Fernando Silva Teixeira. Lesbianidades e as referências legitimadoras da sexualidade. *Estudos e pesquisa em psicologia*. [online]. 2010, vol.10, n.3 p. 729-749 . Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000300006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VALADAO, Rita de Cássia e GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis* [online]. 2011, vol.21, n.4 p.1451-1467. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000400015>. Acesso em: 15 jul. 2020.

VIII CONFERÊNCIA NACIONAL EM SAÚDE, 1986. Brasília. Núcleo de Video/Fiocruz. Produção: Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de Saúde/Fiocruz. Distribuição: VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. Video restaurado em 2013. Publicado no canal VideoSaúde Distribuidora da Fiocruz. 1 video (42min33seg). Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=-\\_HmqWCTEeQ](https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ). Acesso em: 15 jul. 2020.

WASELFISZ, Júlio Jacobo. *Mapa da violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil*. Brasília: Flacso, 2015. Disponível em [https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/MapaViolencia\\_2015\\_mulheres.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2016/03/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf). Acesso em: 15 jul. 2020.



## ANEXO 1: PARECER CEP

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Resiliência e diversidade de gênero.

**Pesquisador:** Juliana Lessmann Reckziegel

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57730416.5.0000.5368

**Instituição Proponente:** Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.637.449

**Apresentação do Projeto:**

Resiliência e diversidade de gênero

**Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer como a diversidade GLBTTT enfrenta fatores de risco e utiliza fatores de proteção para a promoção da resiliência e do viver melhor.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os riscos da pesquisa estão ordem do emocional, pois no momento das entrevistas podem ser lembrados momentos difíceis da vida, podendo gerar emoções. Para tal, a pesquisa conta com o apoio da Uniplac, que disponibiliza o setor de psicologia para o atendimento caso necessário. Os participantes também poderão ter acesso aos serviços de saúde pública, que conta com equipes multiprofissionais para a assistência integral à saúde. Os pesquisadores comprometem-se em mediar o acesso, por meio de encaminhamento formal dos participantes ao serviço da Uniplac e de saúde pública.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios aos participantes, ressalta que após a realização das entrevistas será oportunizado momento de troca de saberes enfocando o acolhimento e a realização de orientações pertinentes ao tema e saúde. A pesquisa também trará benefícios à ciência, contribuindo para a ampliação dos conhecimentos da área, destacando a necessidade de estudos que contextualizem a realidade desta população na região.

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

**Bairro:** Universitário

**CEP:** 88.509-900

**UF:** SC

**Município:** LAGES

**Telefone:** (49)3251-1086

**E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.637.449

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e respeitam as diretrizes éticas conforme o previsto na Resolução 466/12.

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

Respeitam as diretrizes éticas conforme o previsto na Resolução 466/12.

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

Respeitam as diretrizes éticas conforme o previsto na Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_744961.pdf	14/07/2016 14:08:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_resiliencia_diversidade_versao2.pdf	14/07/2016 14:07:42	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_corrigido.docx	14/07/2016 14:06:27	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226  
 Bairro: Universitário CEP: 88.509-900  
 UF: SC Município: LAGES  
 Telefone: (49)3251-1086 E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO  
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.637.449

Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	08/07/2016 16:45:38	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_pesquisadores.pdf	08/07/2016 16:45:07	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declatacao_instituicoes.pdf	08/07/2016 16:44:46	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	08/07/2016 16:44:09	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Outros	apendice_1_roteiro_entrevista.docx	08/07/2016 16:10:59	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/07/2016 16:10:01	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

LAGES, 15 de Julho de 2016

---

Assinado por:  
Odila Maria Waldrich  
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226  
Bairro: Universitário CEP: 88.509-900  
UF: SC Município: LAGES  
Telefone: (49)3251-1088 E-mail: cep@uniplacages.edu.br