



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**Faculdade de Ciências da Saúde**  
**Departamento de Enfermagem**

Beatriz Felix Ferreira

**CUIDADO COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UM OLHAR A PARTIR  
DA PERCEPÇÃO DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES**

Brasília  
2023

BEATRIZ FELIX FERREIRA

**CUIDADO COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UM OLHAR A PARTIR  
DA PERCEPÇÃO DE MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carla Targino da Silva Bruno.

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvia Badim Marques

Brasília

2023

BEATRIZ FELIX FERREIRA

**CUIDADO COM A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA:**

um olhar a partir da percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) como requisito para obtenção do título de bacharel em Enfermagem, pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Faculdade de Saúde, Campus Darcy Ribeiro,  
06 de Fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Carla Targino da Silva Bruno**  
Universidade de Brasília

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Silvia Badim Marques**  
Universidade de Brasília

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Juliane Andrade**  
Universidade Estadual Paulista

---

**Prof. Dr<sup>a</sup> Maria Fátima de Sousa**  
Universidade de Brasília

Ao excelentíssimo senhor Joberte Bicalho Felix, que com sua voz de trovão me acordou muitas vezes na janela, quando, esgotada no fim de semestre, eu dormia mais que a cama. Sua mão delicada do tamanho de uma raquete de tênis e seus tapinhas meigos me empurram - literalmente - pra frente. “Tá chegando minha filha?” era o que sempre me perguntava quando eu enrolava demais para te ligar para você me buscar na parada. E a resposta é que sim meu vô, eu cheguei. Finalmente eu cheguei. Queria tanto que tivesse aqui para ver. Espero que veja de onde estiver

## AGRADECIMENTOS

(Insira aqui sua onomatopéia de exclamação favorita), finalmente! Depois de tantos anos de unb, tentativa de mudar de curso, cair de turma, gostar tanto de uma matéria a ponto de fazer duas vezes (valeu fundamentos!!), caos global, pandemia e milhares de mortos, aula online, vida prática, uma rasteira que me rendeu até uma dedicatória, uau, é realmente de se admirar que eu tenha chegado até aqui. mas como diria Conceição Evaristo “Eles combinaram de nos matar, mas nós combinamos de não morrer” e aqui estou. Formando em uma federal. Um corpo de uma mulher preta, gorda e sapatão (insira aqui novamente a sua onomatopéia favorita). E eu agradeço a Deus e a todos os seus parceiros deuses e orixás por todas as bênçãos e livramentos que me levaram para casa segura depois de todos os happy hours e principalmente nos dias seguintes de ressaca e por cada diazinho entre eles. Um agradecimento especial à minha mãe, meu pai, meu irmão e nossas cadelinhas: sem vocês eu não teria chegado nem a um quinto desse caminho todo. obrigada por me abraçar e me deixar chorar quando eu precisei, me fazer rir em todas as outras vezes. Amo muito vocês.

Todos esses anos de unb - e foram muitos - eu estava realizando o sonho da mini bia, que desde a sétima série já sabia que queria estudar em uma das melhores do país e eu quero agradecer aqui a todo mundo que tornou minha jornada uma história incrível de se contar. Quero agradecer aos meus primeiros amigos, logo nos primeiros dias de UnB que me mostraram que sim, ia ser massa. Aos meus veteranos que foram os melhores que eu poderia ter e que me guiaram naquelas primeiras semanas naquele mundo louco chamado unb. Quero agradecer ao meu período tentando me achar em outros mundos, que me levaram a conhecer pessoas que não tenho nem palavras para descrever, inclusive minha melhor amiga Carol, eu sou uma pessoa bem mais legal desde que te conheci, tinha que ser. obrigada aos meus amigos da enfermagem que me acolheram de volta quando minha jornada na psicologia não deu certo. Eu quase pirei, mas saber que iria para o CA e seria bem acolhida me fez continuar mesmo quando eu nem sabia se queria tanto assim. Obrigada aos meus professores (Carlos, Dani e Jack) e amigos de Pensamento negro contemporâneo, que me fizeram enxergar o mundo como ele é de verdade, eu não teria passado pela pandemia se não fossem nossos encontros semanais. Obrigada a todas as minhas amigas que me seguraram pelos cabelos e me puxaram de volta pra realidade - ou me levaram pra jogar sinuca e fofocar. Esses agradecimentos seriam melhores se estivéssemos em um boteco agora. Mallu, Bia(s),

Fraunsk, biel, gabi, sati, niltin, babi, na... muitos nomes, mas o sentimento de agradecimento se estende a todes de forma igual. Amo muito vocês.

Um agradecimento especial para a Prof Sílvia, que além de coorientadora, foi a primeira a acreditar na minha vontade de fazer com que a saúde da população que eu faço parte se tornasse cada vez menos invisível. Obrigada prof, por me inspirar e me apoiar!

Um agradecimento mais que especial para srta Lorena Cardoso que tem segurado toda a barra de fim de graduação e a incerteza do desemprego futuro do meu ladinho, me amando como ama o Vasco. Amar você me faz mais forte, inclusive para terminar uma graduação dentro de 3 semestres em um ano só. Próxima dedicatória assim já é no discurso do casamento, viu?

E por fim, mas não menos importante, a minha amiga hellen, eli para os íntimos, que com sua playlist mágica fez com que todo esse tcc fosse escrito. Meu cérebro já não funcionaria sem aquela ordem perfeita de músicas, que inspirou inclusive esses agradecimentos. Obrigada Gartiefriend.

E claro, não poderia faltar: obrigada a mim mesma, porque se não fosse eu não tinha como mesmo isso aqui dar certo. Vencemos pretinha, com a fúria da beleza do sol, como bem diria Emicida.

**“Enquanto ancestral de quem está por vir, eu vou”**

**(Emicida)**

## RESUMO

**OBJETO:** O objeto de estudo da presente pesquisa consiste em Mulheres que fazem sexo com mulheres e já tiveram contato com ambientes de saúde no campo de saúde sexual e reprodutiva. **OBJETIVO:** O presente estudo se destina a compreender a percepção das Mulheres que fazem sexo com Mulheres, referente ao cuidado que recebem nos serviços de saúde, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, a fim de verificar se o atendimento lhes é ofertado atende a integralidade de seu direito à saúde e, também, evidenciar o papel dos profissionais de saúde na garantia desses direitos. **MÉTODOS:** Foi realizada revisão de literatura nacional para elaboração do instrumento de coleta de dados e pesquisa quali-quantitativa através de formulário individual e entrevista individual via internet. **RESULTADOS:** Foram obtidas 311 respostas que revelam o cenário preocupante no atendimento às Mulheres que fazem sexo com Mulheres e as suas principais percepções no que tange sua saúde sexual e reprodutiva. **DISCUSSÕES:** Elabora-se sobre a importância de estudos de vanguarda, que ouçam diretamente do público alvo, visando cada vez mais, uma criação de vínculo efetivo e proveitoso nos ambientes de saúde, sejam eles de âmbito público ou privado.

**Palavras-chave:** minorias sexuais e de gênero; mulheres que fazem sexo com mulheres; atenção à saúde; assistência integral à saúde.

## ABSTRACT

**OBJECT:** The object of study of this research consists of women who have sex with women and have had contact with health environments in the field of sexual and reproductive health.

**OBJECTIVE:** The present study is intended to understand the perception of Women who have sex with Women, regarding the care they receive in health services, within the scope of their sexual and reproductive health, in order to verify whether the care offered to them meets the integrality of their right to health and also highlight the role of health professionals in guaranteeing these rights. **METHODS:** A review of the national literature was carried out for the elaboration of the data collection instrument and qualitative and quantitative research through an individual form and individual interview via the internet. **RESULTS:** A total of 311 responses were sent that illustrate the worrying scenario regarding Women who have sex with Women and their main inscriptions regarding their sexual and reproductive health.

**DISCUSSIONS:** It elaborates on the importance of vanguard studies, which listen directly of the target audience, increasingly aiming at creating an effective and profitable bond in health environments, whether public or private.

**Keywords:** Sexual and gender minorities. Women who have sex with women. Delivery of health care. Comprehensive health care.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2 MÉTODOS</b>	<b>11</b>
<b>3 RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<b>4 DISCUSSÃO</b>	<b>15</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>23</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Sendo os estudos de gênero importante provedor de debates sobre sexualidade e direitos sexuais e reprodutivos, a fim de garanti-los de acordo com as normativas constitucionais, entende-se necessário o questionamento e a produção de conhecimentos no sentido de se ultrapassar os padrões sociais e o controle dos corpos, principalmente femininos, desassociando sexualidade à reprodução (FERNANDES *et al*, 2018)<sup>1</sup>.

Se durante a Idade Média e as políticas repressoras pós guerras mundiais, cerceavam a sexualidade ao objetivo de reprodução, depois dos anos 70 veio o renascer de movimentos sociais que buscavam liberdades de forma de ser e existir, muitas vezes, deslegitimadas e invisibilizadas, como é o caso de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) (NEGREIROS *et al*, 2019)<sup>2</sup>.

Uma das principais consequências desse período histórico de apagamento e violência, é a heterossexualidade compulsória e a heteronormatividade. A heterossexualidade compulsória foi um termo cunhado em 1980 e nomeia a naturalização de uma conduta sociocultural da sexualidade enquanto heterossexual, estabelecida enquanto normal, comum e universal, e qualquer coisa, por consequência, que variasse disto seria tido como anormal, duvidoso, doente e problemático (RICH, 2010)<sup>3</sup>.

Apesar de muitas vezes sexo e gênero ser considerado a mesma coisa, binária entre homem e mulher, não o são. Butler (2003, p.24)<sup>4</sup> já pontua que “mesmo que os sexos pareçam não problematicamente binários em sua morfologia e sua constituição (ao que será questionado), não há razão para supor que os gêneros também devam permanecer em número de dois”. Atualmente percebe-se que nem o sexo - considerado algo estritamente genético, do ramo da natureza - seja binário de fato (OKA; LAURENTI, 2018)<sup>5</sup>. Com possibilidades de múltiplas características tidas como “intersexo”, que distanciam a diferenciação sexual do binarismo entre masculino e feminino.

Não obstante, o gênero é “uma categoria sociológica que se refere à construção social e cultural dos papéis que homens e mulheres desempenham na vida diária” (GONDIM *et al.*, 2013, p. 154)<sup>6</sup>. Assim sendo, cada vez mais o tema é discutido de forma a superar os conceitos binários e biológicos impostos anteriormente.

Se a cisheteronormatividade impõe uma cultura onde o mundo é heterossexual e que tudo que difere disso é insalubre (SOUSA, 2014)<sup>7</sup>, é importante perceber que crenças fortemente arraigadas podem prejudicar o atendimento em saúde, que se torna discriminatório.

Apesar de enorme nocividade para a construção de humanos diversos, o estudo acerca do impacto da cisheteronormatividade nos campos de saúde no Brasil ainda são escassos, principalmente quando se trata de saúde de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM).

Considerando o Direito à Saúde como direito fundamental e garantido por lei, a Portaria GM nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, que institui a Política Integral de Saúde LGBTQIA+, e definição de direitos sexuais (BRASIL, 2011)<sup>8</sup> como o direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e com direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação, incluindo o direito à informações adequadas e à educação sexual e reprodutiva.

Frente a lacuna apresentada o presente artigo visa compreender a percepção das MSM referente ao cuidado que recebem nos serviços de saúde, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, a fim de verificar se o cuidado de saúde lhes é ofertado de forma condizente com sua orientação sexual e, conseqüentemente, se consegue garantir a integralidade de seu direito à saúde. Trata-se de um projeto de pesquisa que se destina a compreender a percepção das MSM referente ao cuidado que recebem nos serviços de saúde, no âmbito de sua saúde sexual e reprodutiva, a fim de verificar se o cuidado de saúde lhes é ofertado de forma condizente com sua orientação sexual e, conseqüentemente, se consegue garantir a integralidade de seu direito à saúde. Destina-se, também, a evidenciar a importância dos profissionais de saúde na garantia desses direitos, e a necessidade de uma formação desses profissionais de forma mais adequada para atender a saúde da população LGBTQIA+.

## 2 MÉTODOS

A pesquisa se desenvolveu em 3 etapas: Revisão de literatura, coleta de dados através de formulário individual via internet e entrevista individual por reunião online. Durante a 1ª etapa houve **revisão sistemática da literatura** disponível com foco na saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, principalmente na literatura nacional. Os descritores utilizados foram: Minorias sexuais e de gênero; Mulheres que fazem sexo com mulheres; Atenção à saúde; Assistência integral à saúde; nas plataformas de pesquisa LILACS, PUBMED e **BVS**. E foi realizada no período de abril a junho de 2022.

Para a **2ª etapa** referente à coleta de dados através de formulário online, se destinou a coletar as primeiras informações sobre as MSM, seu acesso à saúde afetiva-sexual e o delineamento dos serviços de saúde e foi realizada no período de 10 de junho de 2022 a 28 de junho de 2022. Já na 3ª etapa houve realização de entrevista individual agendada via aplicativo

Whatsapp e realizada em ambiente virtual confortável e privativo na plataforma de reunião “Google Meet”, sem gravação ou armazenamento de dados. A entrevista levou, em média, 30 minutos, sendo guiada por um roteiro semiestruturado que objetivou alcançar maior humanização e conexão com as mulheres entrevistadas e suas experiências pessoais, realizada no período de 11 de julho de 2022 até dia 26 de julho de 2022.

Para averiguar a percepção dessas mulheres, foi utilizada a metodologia qualiquantitativa do **Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)**, além da técnica de coleta de amostragem "Bola de Neve" - onde cada participante envia o formulário inicial de resposta para duas ou mais pessoas que se adequem ao público alvo da pesquisa. Dessa forma, a amostra é autogerada, contando com a colaboração voluntária das MSM contactadas inicialmente e as subsequentes (HANDCOCK; GILE, 2011)<sup>9</sup>.

A análise do discurso foi feita através da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), onde foram identificadas as ideias centrais dessas mulheres. Como salientam Lefèvre e Lefèvre (2005)<sup>10</sup>, quando se busca, através de uma pesquisa social, resgatar o pensamento de uma coletividade sobre um dado tema, é preciso "considerar que o pensamento ou a opinião dos indivíduos que compõem essa coletividade só podem ser vistos, legitimamente, como um depoimento discursivo, entendendo-se como tal a manifestação linguística de um posicionamento diante de um dado tema" (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005)<sup>10</sup>.

**O instrumento de pesquisa** foi o formulário eletrônico elaborado e os parâmetros de respostas (para categorização da resposta como adequada ou não) tiveram base na literatura e também foram submetidos à análise de profissionais especialistas na área, quanto a sua clareza e conteúdo, e testado previamente.

É importante destacar que nenhuma entrevista foi gravada, com objetivo de tornar o ambiente mais acolhedor e menos constrangedor possível, portanto os dados foram descritos através de um diário de pesquisa, feito durante o desenvolvimento da pesquisa. As mulheres para serem inseridas no presente estudo deveriam realizar sexo com outra ou outras mulheres, podendo ser cisgêneras ou transgêneras. E como critérios de exclusão, mulheres abaixo de 18 anos e/ou mulheres que nunca tiveram acesso a serviços de saúde que atendessem sua saúde sexual e reprodutiva.

**Compreende-se que a amostra da pesquisa ainda é pequena em comparação com a população nacional de MSM, no entanto, a falta de pesquisas e investimentos na área faz com que os a pesquisa se mostre relevante para discutir o cuidado em saúde dessas mulheres.**

### 3 RESULTADOS

Os dados foram analisados de forma quali-quantitativa. Iniciaremos a partir dos dados quantitativos obtidos por meio dos formulários. Foram obtidas 311 respostas, sendo que destas foram excluídas 24 respostas por terem sido respondidas por mulheres com menos de 18 anos. Assim sendo, foram analisadas 287 respostas ao total.

Dentre as 287 respostas analisadas, a Orientação sexual predominante foi “Lésbica”, com 50,9% das respostas, seguido de “Bissexual” com 43,6%. Pansexuais e “Não definidos” somam 5,2% das respostas. Em relação à Identidade de Gênero, 96,9% das mulheres se identificaram como do gênero feminino e apenas 3,1% enquanto não-binárias. Sendo que 97,9% das respostas são de mulheres que se autodeclaram cisgêneras, com apenas 2,1% (6 respostas) advindas de mulheres transexuais. Referente o perfil etário da população respondente, destaca-se a predominância jovem na faixa etária de 18-25 anos, com 64,1% das respostas, com variância de idade entre 18 e 51 anos. 51,2% das respondentes se autodenominam brancas, enquanto a população preta e parda, corresponde a 47% das respostas. No que tange à escolaridade 90,2% apresentam ao menos nível superior, sendo a maioria nesta faixa com 62,4%. Dentre as ocupações destacam-se os cargos de estudante e estagiária que somam 92 respostas (32%), enquanto outra grande parte apresenta ocupações de nível superior, fazendo correlação com o alto grau de escolaridade obtido nas respostas.

Acerca de atendimentos de saúde, 12,2% das mulheres nunca receberam nenhum atendimento de saúde voltado para área sexual e reprodutiva. É importante destacar que entre os motivos para essa desvinculação de MSM ao ambiente de saúde, os principais são o medo de ser mal atendida ou violentada em ambientes de saúde, falta de informação correta acerca de cuidados que deve ter consigo mesma, que as leva a crer que não existe necessidade de consultas no campo de saúde sexual e reprodutiva por serem MSM.

Por ser critério de permanência no questionário, as mulheres que nunca procuraram ambientes de saúde, foram encaminhadas para o fim do formulário. Desta forma, os dados colhidos contemplaram 254 MSM.

Desta amostra, destaca-se que 85,4% das MSM afirmaram que nenhum profissional de saúde perguntou sua sexualidade, e que 38,6% afirmou não ter informado sua sexualidade de forma espontânea. Um estudo de 2018 (FERNANDES *et al.*, 2018)<sup>1</sup> comprovou que existe relação entre atendimentos mais rápidos ou deixar de ser examinada após revelar fazer sexo com mulheres. Tal dado é confirmado com a resposta das MSM no presente estudo, onde 68,1% das mulheres afirmam terem seus últimos atendimentos na faixa de entre ínfimos 10 a 30

minutos, correlato com 59,6% das mulheres, que estão sempre trocando de estabelecimento de saúde, buscando encontrar um atendimento digno, ou que mudariam se pudessem. Ao qualificar o atendimento de saúde no quesito de humanização - se sentir ouvida, acolhida e respeitada - apenas 18,5% concorda plenamente, demonstrando que de alguma forma mais de 80% dos atendimentos de saúde destas mulheres foi de alguma forma constrangedora ou desrespeitosa. E apenas 13,4% concordam em ter suas dúvidas sanadas de forma satisfatória em ambientes de saúde. 40,9% das mulheres afirmam que nunca receberam informações relevantes sobre IST's nos ambientes de saúde, apesar de 91,7% das respondentes considerarem informações específicas sobre saúde como "Muito importantes".

Apesar de 35% das MSM afirmarem que tiveram exames solicitados, o que se apresenta na análise qualitativa é a imensa segregação com exames essenciais para saúde das MSM, como colpocitopatológico e transvaginal, que foram negadas após informarem serem MSM. O dado é confirmado com a resposta de 79,9% das mulheres que afirmam que não houve nenhuma conduta dos profissionais de saúde capaz de acolher as suas necessidades como MSM, revelando o imenso descaso com a saúde desta população. Este descaso é confirmado quando 67,3% das mulheres afirmam que já se sentiram constrangidas em ambientes de saúde.

No entanto, 78,3% das mulheres afirma não terem se sentido violentadas em ambientes de saúde. É interessante observar que o dado reitera que muitas pessoas não são capazes de reconhecer as violências sofridas. É sabido que a percepção de situações de violência são influenciadas por vários fatores, como a violência institucional, que é menos percebida, por toda uma estrutura já estratificada, que teoricamente garante segurança. Além disso, sabe-se que os papéis de gênero tradicionais têm grande influência na percepção e reação em situações de violência (SANTI *et al*, 2010)<sup>11</sup>. Quando se trata da percepção de lesbo,bi, pan ou transfobia, os dados são igualmente menores, com apenas 27,6% declarando terem se percebido enquanto vítimas dessas violências. Todavia, a pesquisa revela que apenas 34,7% das mulheres se declaram entre satisfeitas (29,2%) ou muito satisfeitas (5,5%) com ambientes de saúde.

De forma qualitativa, foram colhidos 99 relatos discursivos de situações violentas e/ou constrangedoras nos ambientes de saúde e podem apresentar mais de uma ideia central ao mesmo tempo. Considerando a quantidade total de mulheres que finalizaram o formulário (254), os 99 relatos revelam 38,9% das mulheres se sentiram confortáveis em relatar de forma breve algum dos eventos constrangedores, mas reitera-se que, de forma objetiva, 80% das respondentes revelaram já terem se sentido constrangidas ou desrespeitadas em ambientes de saúde.

## 4 DISCUSSÃO

O estudo de 2018 de Crispim *et al.*, demonstra que existe um déficit importante nos atendimentos às MSM, causando vulnerabilidades em saúde para esse grupo. Segundo Crispim *et al.*, (2018)<sup>12</sup> parte desse déficit pode ser sanado com maior estudo e compreensão dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. Considerando que a opinião das MSM é fator essencial para melhor estruturar os atendimentos de saúde foi feita categorização dos relatos, onde destaca-se as seguintes ideias centrais: **A- Violência Física sofrida em serviços de saúde, B- Negligência e falta de acolhimento em consultas ginecológicas e em serviços de saúde, C- Presunção da Heterossexualidade nos serviços de saúde , D- Invisibilidade e Violência Moral e Psicológica.** A ideia central **A - Violência Física sofrida em serviços de saúde,** evidencia práticas que levam a danos físicos nessas mulheres. A OMS destaca que violência é "uso intencional de força ou poder [...] que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problemas de desenvolvimento ou privação" (OMS, 2005)<sup>13</sup>. Foram 6 relatos, e a sua maioria foram feitos de momentos de exames físicos mais invasivos, como o exame colpocitológico (papanicolau) ou ultrassom transvaginal. Os relatos variam entre exames extremamente desconfortáveis, com uso desnecessário de força, introdução de instrumentos sem aviso prévio, exames sem narração do profissional durante o procedimento, e até mesmo introdução de instrumentos em locais que não faziam parte do procedimento, como relata “houve introdução do dedo da profissional em meu ânus (entendi posteriormente que não era um procedimento necessário)” (A1, 37 anos). “Me senti violentada quando fui fazer um exame, ultrassom transvaginal, a médica que estava fazendo o exame nem sequer conversou comigo nem falou do exame me senti invadida e violada” (A2, 22 anos). A discussão sobre violência física em MSM durante procedimentos médicos relacionados à saúde sexual se tornam ainda mais frequentes conforme são adicionadas outras camadas de vulnerabilidade. Quando a MSM é uma mulher trans, ou não performa a feminilidade padrão, ou é uma mulher negra, os riscos de sofrer violência institucional cresce substancialmente, pois é preciso considerar a interseccionalidade presente nessas violências, no que tange a questão racial e cisnormativa. Uma das entrevistadas declara que dentro da sua comunidade de lésbicas “caminhoneiras” (que não performam uma feminilidade padrão, assumindo traços tidos enquanto mais masculinos de forma mais evidente) existe um “Trauma que é compartilhado, é um trauma coletivo. É uma coisa violenta que acontece com muita frequência, senão não teriam tantas mulheres falando sobre isso” (A3, 33 anos).

Na idéia central **B- Negligência e falta de acolhimento em consultas ginecológicas e em serviços de saúde** agrupa relatos em que as mulheres entrevistadas não tem suas demandas meramente atendidas ou solicitações levadas a sério pelo fato de praticarem sexo com outra mulher, o que também caracteriza violência. Uma vez que existe uma constância e a alta distribuição dos episódios de violência, fazem com que seja caracterizada como institucional, ou seja, que existem elementos dentro da estruturação da relação entre o serviço e o usuário que encerram aí relações violentas (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017)<sup>14</sup>. Nesta ideia central abarcamos mais de 38 relatos, com negligências graves, desde mulheres que nunca receberam solicitação de exames ou que não tiveram informações suficientes sobre como se proteger de ISTs e por isso evitam fazer sexo. Relato que demonstra que a falta da informação correta é uma negligência que interfere diretamente na construção de modos de vida das MSM.

“A médica não quis fazer o exame preventivo porque eu só havia feito sexo com mulheres” (B1, 24 anos), negligência gravíssima que exemplifica porque o câncer de colo de útero, que tem curabilidade de 100% quando encaminhado para tratamento precoce, e em mulheres não heterossexuais, tem uma letalidade aumentada em mais de 10% (FERNANDES *et al.*, 2018)<sup>1</sup>. Uma pesquisa feita com cerca de 40 profissionais de saúde em 2014, no Rio de Janeiro, visando saber dos profissionais de saúde como era o cuidado destinado às mulheres lésbicas revelou um estigma central em relação ao exame colpocitológico e a performance de feminilidade (ARAÚJO *et al.*, 2019)<sup>15</sup>. O preconceito clínico se mostrou muito presente na fala dos profissionais que fizeram distinção entre lésbicas “femininas e masculinas” e uma construção de uma imagem onde as lésbicas menos “femininas” não teriam problema com o espécuro, enquanto as outras, “mais masculinas” “não gostavam de homem, por isso não queriam o espécuro”. Araújo *et al.*, (2019)<sup>15</sup> destaca que os fatores de expressão de gênero determinam diretamente a qualidade do cuidado, onde mulheres que menos se adequem a padrões de feminilidades eram as únicas consideradas lésbicas, mas ainda assim, como revela o presente estudo, apenas 14,6% das MSM são perguntadas sobre orientação sexual, sendo a informação então presumida. E quando a sexualidade e a raça se entrelaçam, os relatos de violência e invisibilidade aumentam ainda mais para as mulheres lésbicas e bissexuais negras (FERNANDES *et al.*, 2018)<sup>1</sup>.

Tal evidência já nos conduz a ideia central seguinte **C - Presunção da Heterossexualidade nos serviços de saúde** tratar toda mulher que se apresenta nos consultórios como uma mulher hétero e se negar a perguntar sua sexualidade é declarar que a única sexualidade possível é a hétero, o que caracteriza sumariamente a heterossexualidade compulsória. Cada uma das 217 MSM que nunca foram perguntadas sobre a sua sexualidade nos ambientes de saúde revela

uma parcela da heterossexualidade compulsória que impera. E apresenta forte relação com o constrangimento sentido por 67,3% das MSM nos ambientes de saúde. Existe um roteiro de consulta que é comum as MSM, “É sempre assim né, ‘ah você faz sexo? sim. Usa qual método contraceptivo? Faço sexo com mulheres’ e aí sempre senti o ambiente pesado” (C1 de 25 anos). “Tive que tomar Roacutan e a médica insistindo para eu fazer exame de Beta HCG. Eu fiquei sem jeito e fiz. Até que eu disse que "namorava uma menina" e o silêncio reinou. Como se a hipótese nem fosse cogitável”, (C2, 21 anos). Outra dificuldade apresentada é a pouca importância que é dada à essa demanda nas instituições de ensino, responsáveis por formar esses profissionais. Se enquanto as pautas gays são sempre carregadas de preconceito e o estigma da pandemia de HIV/AIDS, as pautas lésbicas não são faladas em momento algum de muitas graduações, tornando-as invisíveis. (ARAÚJO et al., 2019)<sup>15</sup>.

Muito relacionado ao tópico acima, a ideia central **D - D - Invisibilidade e Violência Moral e Psicológica**. Foram mais de 20 relatos, onde profissionais por preconceitos próprios, tornaram a pauta de saúde sexual e reprodutiva invisível e invalidada. “Quando perguntada se tinha uma vida sexual ativa eu informei que sim, pois estava em um relacionamento homoafetivo a 4 anos. O médico então disse que eu não mantinha relações sexuais porque eu só me "masturbava" pois mulher com mulher não faz sexo” (D1 de 25 anos).

“Eu nunca tive coragem de abordar o assunto com a minha ginecologista e minto que sou virgem para não precisar dar mais explicações” (D2, 24 anos). O que parece ser apenas uma forma de evitar constrangimento, esconde e invisibiliza toda uma trajetória e escolhas de vida. Mulheres bissexuais são igualmente vítimas de tal invisibilização, como revela “Como mulher bissexual percebo uma preocupação maior dos profissionais de saúde quando tenho um parceiro do sexo masculino, quando me relaciono com uma mulher meio que "passa batido", como se não houvessem formas de prevenção ou preocupações específicas” (D3, 24 anos). Em relação à ISTs e formas de proteção, as MSM demonstram que os profissionais falham em exemplificar para sua realidade formas de proteção eficazes que não comprometam o seu prazer (ARAÚJO *et al.*, 2019)<sup>15</sup>.

No contexto de violência moral se destacam desde ginecologistas fazendo encaminhamentos para psiquiatra por ser lésbica, ou para igreja “porque fomos feitas para engravidar, foi para isso que deus nos fez” (D4, 25 anos). “Uma psicóloga me disse que eu era lésbica por ter sofrido abuso sexual por homem” (D5, 24 anos). São relatos comuns os constrangimentos perante a doação de sangue, apesar de atualmente, ser garantido por lei o direito de doar sangue livre de qualquer preconceito perante sua orientação sexual (BRASIL, 2020)<sup>16</sup>.

A estrutura que alicerça os ambientes de saúde, ainda extremamente hierarquizados, onde os médicos e outros profissionais de saúde são os detentores de todo saber, de forma decrescente até chegar ao paciente, que, a depender do seu nível de vulnerabilidade, passa a não ter qualquer informação e direito de consentimento sobre o seu próprio corpo. O que estabelece na relação entre equipe de saúde e pacientes uma estrutura de poder vertical, ou biopoder, como destaca Foucault (1998)<sup>17</sup>, onde o profissional de saúde se apropria das peculiaridades desta relação dos corpos dos indivíduos com os seus processos vitais e torna as mulheres coadjuvantes da própria vida (MOSCHETA *et al.*, 2016)<sup>18</sup>, (FOUCAULT, 1998)<sup>17</sup>. A parte desta estrutura rígida de poder dentro do consultório, a conexão entre profissional-paciente é frágil. Já é sabido que a construção de vínculo fortalecido entre cuidador e paciente aumenta a viabilidade de um cuidado longínquo e efetivo.

Sousa *et al.*, (2014)<sup>7</sup> demonstra que existe um maior abandono de acompanhamento em saúde das mulheres lésbicas americanas, bem como uma chance de 10% a mais quando comparadas às mulheres heterossexuais, para desenvolvimento de doenças crônicas, o que demonstra que essas mulheres não héteros não se sentem confortáveis em procurar atendimento e muito menos tem uma continuidade no sistema de saúde (Sousa *et al.*, 2014)<sup>7</sup>. E a presente pesquisa demonstra que a situação das MSM brasileiras não é diferente.

Saber mais sobre a vivência das mulheres que fazem sexo com mulheres pode ser um fator importante para promover, com maior acolhimento e menos preconceito, atendimentos em saúde de qualidade para essa população (Sousa et al., 2014)<sup>7</sup>.

Para as MSM os atendimentos seriam mais dignos e acolhedores com ações simples como diálogo aberto com as mulheres, principalmente durante os procedimentos mais invasivos. “Os ambientes são adaptados para tudo hoje em dia, para as crianças na pediatria, para os idosos na geriatria, mas quando se trata da saúde de MSM não existe nenhuma conduta que seja capaz de nos acolher” (D6, 33 anos). São procedimentos simples, como perguntar a orientação sexual, oferecer a possibilidade de alteração no tamanho do espécuro, informações específicas à MSM e que rompem com a cisheteronormatividade, e que fazem toda a diferença nos atendimentos de saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mostra-se evidente que MSM ainda sofrem uma série de discriminações e violências nos serviços de saúde ao buscarem cuidados integrais, principalmente no que tange aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Mesmo após mais de 10 anos do lançamento da Política

Nacional de Saúde LGBT, a mesma ainda está longe de ser implantada e praticada nos ambientes de saúde, e ainda mais quando se trata de saúde de MSM. Nenhuma política pública é de fato eficaz e estudos são pouco abrangentes nesta área.

A saúde de MSM deve ser discutida de forma mais ampla, para abarcar fatores que se estendam à proteção contra ISTs e exames invasivos de prevenção dos cânceres de mama e colo uterino. Com o conceito ampliado de saúde adotado pela OMS onde saúde é mais que apenas a ausência de doença, e sim “resultante das condições de alimentação habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade”, o preconceito dentro das consultas é um importante determinante social de saúde, pois influencia diretamente no bem estar do público LGBT e a forma como se irá construir suas vidas saudáveis. Este estudo infere que outros fatores devem ser contemplados em pesquisas, como por exemplo o fato do prazer feminino ser ainda tabu mesmo que dentro da academia. Homens, mesmo que dentro do mundo LGBTQIA+, são recorrentemente contemplados com perguntas sobre prazer nas relações, orgasmos, ejaculação precoce e outros fatores dissociados de sua fertilidade, enquanto que na saúde de mulheres o foco principal é sempre ela.

O presente estudo almeja que essas informações sejam cada vez mais discutidas. Quanto mais MSM estiverem conscientes de suas vulnerabilidades, mais serão capazes de requisitar um atendimento digno e direcionado para suas condições de saúde. Quanto mais poderão cobrar políticas públicas direcionadas e profissionais de saúde capacitados para maior humanização do atendimento.

Em vanguarda, escutando diretamente as experiências das MSM e quais são suas prioridades nos atendimentos de saúde, estudos subsequentes podem ser feitos com objetivo de capacitar profissionais de saúde e reestruturar as culturas de atendimento, visando cada vez mais, uma criação de vínculo efetivo e proveitoso nos ambientes de saúde, sejam eles de âmbito público ou privado.

## REFERÊNCIAS

1. Fernandes M, Soler LD, Leite MCB. Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades. *BIS, Bol. Inst. Saúde* (Impr.). 19(2): 37-46, Dez. 2018.
2. Negreiros FRN, Ferreira BO, Freitas DN, Pedrosa JIS, Nascimento EF,, Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais: da Formação Médica à Atuação Profissional. *Rev bras educ med*, Brasília , v. 43, n. 1, p. 23-31, mar. 2019 .
3. Rich A. *Heterossexualidade compulsória e existência lésbica*. Bagoas: estudos gays, gêneros e sexualidades. Natal: v. 4, n. 5, jan./jun. 2010, p. 17- 44.
4. Butler JP. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
5. Oka M, Laurenti C. Entre sexo e gênero: um estudo bibliográfico-exploratório das ciências da saúde. *Saúde e Sociedade [online]*. 2018, v. 27, n. 1
6. Gondim SMG, Sobrinho JBA, Santana VS, Santos VM, Saveia JM. Gênero, autoconceito e trabalho na perspectiva de brasileiros e angolanos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 153-165, 2013.
7. Sousa JC, Mallmann DG, Neto NMG, Freitas NO, Vasconcelos EMR, Araújo ED. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre , v. 35, n. 4, p. 108-113, Dec. 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União 2011; 2 dez.
9. Handcock MS, Gile KJ. *On the concept of snowball sampling*. *Sociol Methodol* 2011; 41(1):367-371.

10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. *O Discurso do Sujeito Coletivo*. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
11. Santi LN, Nakano AMS, Lettiere A. Percepção de mulheres em situação de violência sobre o suporte e apoio recebido em seu contexto social. *Rev Texto & Contexto - Enfermagem [online]*. 2010, v. 19, n. 3.
12. Crispim JE, Barreto EF, Nogueira WB, Almeida SA. Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. *Rev de pesq Cuidado é Fundamental [online]*, [S. l.], v. 10, n. Especial, p. 34–39, 2018. DOI: 10.9789/2175-5361.2018.v10iEspecial.34-39. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7599>. Acesso em: 23 mar. 2022.
13. OMS. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva (CH): World Health Organization; 2005.
14. Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Cien Saude Colet [online]*. 2017, v. 22, n. 9.
15. Araújo L, Penna L, Carinhonha J, Costa C. O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva [The care to lesbian women in the field of sexual and reproductive health] [El cuidado de las mujeres lesbianas en el campo de la salud sexual y reproductiva]. *Rev Enfer UERJ*. 27. e34262. 10.12957/reuerj. 2019
16. Brasil. Supremo Tribunal Federal. *Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5543/2016*. Prestação de informações solicitadas pelo relator. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, 2020.
17. Foucault M. *Microfísica do Poder*. 13th ed. Rio de Janeiro: Graal; 1998.
18. Moscheta MS, Fébole DS, Anzolin B. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, vol. 7, núm. 3, 2016, pp. 71-83 Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, Brasil.



## APÊNDICE

### TCLE

Convidamos a Senhora(e) a participar do projeto de pesquisa: “Cuidado com a saúde sexual e reprodutiva: um olhar a partir da percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres”, sob a responsabilidade da pesquisadora Silvia Badim Marques.

O projeto se destina a coletar informações e auxiliar na compreensão do atendimento à saúde sexual e reprodutiva de mulheres que fazem sexo com mulheres, visando a produção de conhecimentos que possam auxiliar no atendimento integral e na garantia do direito à saúde dessas mulheres.

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção de mulheres que fazem sexo com mulheres referente ao cuidado que recebem nos serviços acerca de sua saúde sexual e reprodutiva, bem como elaborar um material educativo para subsidiar as práticas dos profissionais de saúde para o cuidado efetivo e adequado as necessidades específicas dessas mulheres.

A Senhora(e) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la.

A pesquisa se dará em 3 etapas: Preenchimento do formulário, entrevista individual e roda de conversa.

1ª etapa - Preenchimento deste formulário, afim de coletar as primeiras informações sobre você, seu acesso a saúde afetiva-sexual e o delineamento dos serviços de saúde.

2ª etapa - Entrevista individual agendada via aplicativo Whatsapp e realizada em ambiente virtual confortável e privativo na plataforma de reunião “Google Meet”, sem gravação ou armazenamento de dados. A entrevista levará, em média, 30 minutos, sendo guiada por um roteiro estruturado que objetiva alcançar maior humanização e conexão com as mulheres entrevistadas e suas experiências pessoais.

3ª etapa - Roda de conversa online para validação e consolidação do material educativo proposto.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relacionados a possíveis constrangimentos devido ao tema abordado. Serão tomados cuidados com a garantia do sigilo e da confidencialidade dos dados coletados, de forma a minimizar os riscos. Usaremos nomes fictícios ao transcrever a entrevista, bem como dados pessoais passíveis de identificação pessoal não serão divulgados. Asseguramos ainda que nenhuma das entrevistas ou roda de conversa serão gravadas, e todos os dados coletados serão feitos via diário de registro, durante a reunião online.

Aceitando participar você declara ter mais que 18 anos de idade e estará contribuindo para a construção de conhecimentos que possam proporcionar aos profissionais de saúde, bem como a todas as mulheres que fazem sexo com mulheres, informações e cuidados adequados acerca da sua saúde sexual e reprodutiva.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação nesta pesquisa, você receberá assistência integral e gratuita, pelo tempo que for necessário, obedecendo os dispositivos legais vigentes no Brasil. Caso a senhora sinta algum desconforto relacionado aos procedimentos adotados durante a pesquisa, a senhora pode procurar o pesquisador responsável para que possamos ajudá-lo.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Também não há compensação financeira relacionada a sua participação, que será voluntária.

A Senhora(e) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a Senhora(e).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília – UnB, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se a Senhora tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Silvia Badim Marques, na Faculdade de Ceilândia da UnB, no Telefone (061) 982584791, disponível inclusive para ligação a cobrar, e também através do e-mail: sbadim@gmail.com.

Caso concorde em participar, pedimos que assinale a opção “Sim, concordo e aceito os Termos” disponível ao final desta página do formulário. Uma cópia da pesquisa será enviada para o seu email, bem como o seu TCLE.

## FORMULÁRIO DE PESQUISA

**Informações sociodemográficas** - Olá para você, Mulher que faz Sexo com mulheres (MSM, para os íntimos), aqui quem fala é outra MSM. Esta pesquisa se destina a você! E a todas às outras mulheres que você conhece que também fazem parte da nossa comunidade, seja ela uma mulher cis ou trans! Aproveite para compartilhar este formulário com a maior quantidade de MSM que você conhece! Quanto mais mulheres responderem, mais eficaz será nossa atuação! E para isso queremos te conhecer melhor. Responda abaixo as informações sociodemográficas que te contemplam.

**Orientação sexual** - Lésbica/Bissexual/Panssexual/Outros, especifique:

**Identidade de gênero** - Feminino/Não-binária

**Idade** - \_\_\_\_\_.

**Raça/cor** - \_\_\_\_\_.

**Escolaridade** - \_\_\_\_\_.

**Ocupação** - \_\_\_\_\_.

**Você se identifica enquanto:** - Mulher cisgênero (me identifico com o sexo que me foi designado ao nascimento)/Mulher transgênero (me identifico com outro sexo diferente do que me foi designado ao nascimento)

**Caso resposta anterior “Mulher transgênero”:**

**Experiência pessoal enquanto mulher trans** - Para desenvolvimento da nova fase do questionário, gostaríamos de contar com a sua liberdade para descrever sua experiência pessoal enquanto Mulher trans e que faz sexo com mulher dentro dos ambientes de saúde sexual, reprodutiva e outras experiências em saúde que tenham acontecido após sua identificação com o gênero atual.

**Fez alguma consulta de saúde desde a identificação como mulher trans?** - Sim/Não

**Periodicidade das consultas** - Uma vez por ano/Nunca/Só em caso de dor ou desconforto

**Caso não tenha ido a ambientes de saúde após a identificação enquanto mulher trans, por quê?**

**Caso resposta anterior “Mulher cis”:**

**Experiência pessoal enquanto mulher cis** - Para desenvolvimento da nova fase do questionário, gostaríamos de contar com a sua liberdade para descrever sua experiência

peçoal enquanto Mulher que faz sexo com mulher (MSM) dentro dos ambientes de saúde ginecológica e obstétrica.

**Fez consulta ginecológica ou obstétrica alguma vez?** - Sim/Não

**Periodicidade das consultas ginecológicas** - Uma vez por ano/Nunca/Só em caso de dor ou desconforto.

**Se nunca fez consulta ginecológica, por quê?** \_\_\_\_\_.

**Questionário individual** - Para conhecer sua experiência de forma mais individualizada para desenvolvimento da pesquisa, seguem as perguntas:

**O profissional de saúde perguntou a sua sexualidade?** - Sim/Não

**Você informou ao médico ou profissional de saúde que fazia sexo com mulheres de forma espontânea?** - Sim/Não

**Qual foi o tempo médio dos seus últimos atendimentos em saúde?** - Menos que 10 minutos/Entre 10 e 30 minutos/Mais que 30 minutos

**Quando vai às consultas, costuma ir sempre na mesma equipe/estabelecimento ou faz variações?** - Sempre o mesmo por questão de confiança e vínculo/Sempre no mesmo por falta de opção, mas mudaria se pudesse/Sempre variando de equipe e profissionais em busca de achar algum em que se sinta confortável.

**Como você qualifica o atendimento no quesito de humanização? Você se sentiu ouvida, acolhida e respeitada enquanto MSM (Mulher que faz sexo com mulheres)?** - Concordo plenamente/Concordo parcialmente/Não concordo nem discordo/Discordo parcialmente/Discordo totalmente.

**Como você qualifica o atendimento no quesito de informações recebidas? (Você teve todas as suas dúvidas resolvidas?)** - Concordo plenamente/Concordo parcialmente/Não concordo nem discordo/Discordo parcialmente/Discordo totalmente.

**Com qual frequência foram prestadas informações relevantes sobre prevenção de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis)?** - Muito frequente/Frequente/Ocasionalmente/Raramente/Nunca.

**Com que frequência houve solicitação de exames complementares à consulta de saúde? (Exames de sangue, urina, papa nicolau, exames de mama e etc)** - Muito frequente/Frequente/Ocasionalmente/Raramente/Nunca.

**Como você julga a importância de informações sobre saúde específica sobre a sua realidade sexual?** - Muito Importante/Importante/Moderado/Às vezes importante/Não é importante

**Houve alguma conduta dos profissionais de saúde que foi capaz de acolher as suas necessidades como mulher que faz sexo com mulher? - Sim/Não**

**Se sim, qual? - \_\_\_\_\_.**

**Você já se sentiu constrangida em algum atendimento de saúde em questões relacionadas a sua sexualidade? - Sim/Não.**

**Você já se sentiu violentada ou agredida em algum estabelecimento de saúde? - Sim/Não**

**Você já foi vítima de lesbofobia, bifobia, panfobia ou transfobia praticada por algum profissional da área da saúde? - Sim/Não.**

**Caso se sinta confortável, relate brevemente o evento - \_\_\_\_\_.**

**Declare seu nível de satisfação com seus principais atendimentos de saúde sexual e reprodutiva nos últimos anos - Muito satisfeito/Satisfeito/Nem satisfeito nem insatisfeito/Insatisfeito/Muito insatisfeito.**

**Você gostaria de nos relatar algo que não foi perguntado neste formulário e que você julga relevante? \_\_\_\_\_.**

### **Agradecimentos**

Nós agradecemos imensamente sua participação na pesquisa! Visamos auxiliar as MSM e os profissionais de saúde para um atendimento cada vez mais integral e acolhedor! Ao fazer parte disto, você está ajudando não apenas para que seus próximos atendimentos em saúde sejam cada vez melhores, mas também outras tantas mulheres não sofram com preconceitos e violências em ambientes de saúde.

Aproveite este formulário para compartilhar com a maior quantidade de MSM que você conhece! Quanto mais mulheres responderem, mais eficaz será nossa atuação!

Obrigada!!

**Você aceita participar da fase 2 desta pesquisa, onde contaremos com entrevistas individuais sobre o tema para maior humanização e conexão individual com as mulheres entrevistadas e suas experiências pessoais. - Sim/Não.**

**Se sim, favor informar seu melhor email: \_\_\_\_\_.**

## ANEXOS

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CAAE: 51061621.3.0000.8093

Número do Parecer: 5.360.056

FACULDADE DE CEILÂNDIA  
DA UNIVERSIDADE DE  
BRASÍLIA - UNB



Continuação do Parecer: 5.360.056

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

Todos os termos foram adequadamente apresentados.

**Recomendações:**

Não há.

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

Todas as pendências foram atendidas.

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; 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; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Deve-se levar em conta, neste momento de pandemia de COVID-19, as orientações da Instituição onde os dados serão coletados e que isto deve ser levado em consideração para reorganizar o cronograma, caso necessário. Deve-se comunicar ao CEP, por meio de relatório parcial, as dificuldades encontradas na coleta.