

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

CAMPUS A. C. SIMÕES

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE ENFERMAGEM

TIAGO SOTERO DA SILVA SANTOS

**ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES PROGRAMÁTICAS DE MULHERES QUE FAZEM
SEXO COM MULHERES AO HIV**

Maceió - AL

2023

TIAGO SOTERO DA SILVA SANTOS

**ANÁLISE DAS VULNERABILIDADES PROGRAMÁTICAS DE MULHERES QUE FAZEM
SEXO COM MULHERES AO HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem,
da Universidade Federal de Alagoas, como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharelado em
Enfermagem.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Carla Andreia Alves de
Andrade

Maceió - AL

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

- S237a Santos, Tiago Sotero da Silva.
Análise das vulnerabilidades programáticas de mulheres que fazem sexo
com mulheres ao HIV / Tiago Sotero da Silva Santos. – 2023.
36 f. : il.
- Orientadora: Carla Andreia Alves de Andrade.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem) –
Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2023.
- Bibliografia: f. 30-32.
Anexos: f. 33-36.
1. Minorias sexuais e de gênero. 2. Infecções por HIV. 3. Estudo sobre
vulnerabilidade. 4. Sexualidade. I. Título.

CDU: 616.98:578.828HIV

Folha de Aprovação

TIAGO SOTERO DA SILVA SANTOS

Análise das vulnerabilidades programáticas de mulheres que fazem sexo com mulheres ao HIV

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à banca examinadora do curso de Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 07 de dezembro de 2023.



Documento assinado digitalmente
CARLA ANDREIA ALVES DE ANDRADE
Data: 22/12/2023 11:16:20-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Orientador(a) – Prof.^a Dr.^a Carla Andreia Alves de Andrade, Escola de Enfermagem (ENNF), Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Banca examinadora:



Documento assinado digitalmente
RAFAEL LEMES DE AQUINO
Data: 22/12/2023 11:09:16-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

(Examinador(a) Externo(a) – Dr. Rafael Lemes de Aquino (UFU)

“O começo de todas as ciências é o espanto de as coisas serem o que são”. (Aristóteles)

RESUMO

Introdução: Historicamente, o acesso feminino à saúde sempre foi visto sob uma óptica tradicional, restringindo esse público apenas ao seu processo reprodutivo e materno, negligenciando outros aspectos da sua vida. Mesmo com o fomento a ampliação da visão do processo e saúde/doença das mulheres, a sexualidade segue sendo um recorte que precisa de atenção, principalmente quando adentramos na saúde sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres, que acabam sendo ainda mais invisibilizadas e, conseqüentemente, vulnerabilizadas nesse processo. **Objetivo:** Analisar contextos de vulnerabilidade programática das mulheres que fazem sexo com mulheres ao HIV/Aids. **Método:** Trata-se de um estudo de levantamento exploratório e descritivo com corte transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Cidade de Recife, a coleta partiu inicialmente do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids que se localiza no Hospital Oswaldo Cruz. A pesquisa foi realizada entre os meses de maio a dezembro de 2021 e a população-alvo foi constituída por mulheres que declararam fazer sexo com outras mulheres. Os dados explicitados foram coletados, em seguida houve a tabulação deles no software Excel, onde foi realizada a análise descritiva e a construção de gráficos. **Resultados:** 81,90% das entrevistadas informaram que frequentam algum serviço de saúde, 41,90% entrevistadas relataram utilizar o serviço público de assistência e 38,09% relataram procurar o serviço apenas quando adoecem. 52,38% referiram ter encontrado alguma dificuldade com relação aos profissionais de saúde, 30,47% informaram não revelar, em atendimentos de saúde, que fazem sexo com mulheres. **Discussão:** A pesquisa revelou como mais da metade das mulheres entrevistadas, aproximadamente 52,38%, em algum momento de sua vida passou por uma experiência desconfortável e sentiu alguma dificuldade quando foi atendida por profissionais de saúde. Algumas respostas remeteram a dificuldades gerais do sistema de saúde, como a falta de profissionais e de materiais adequados. Entretanto, muitas respostas foram direcionadas diretamente ao despreparo profissional para o atendimento de MSM e o receio de passar por situações de preconceito e violência. **Considerações finais:** O sistema de saúde, enquanto instituição, tem um importante papel de intervir no processo de saúde-doença dos indivíduos, atenuando suas vulnerabilidades individuais e sociais, de modo a estimular suas potencialidades e prevenir seu processo de adoecimento. Entretanto, quando essa instituição apresenta falhas, como o despreparo de seus profissionais, a inexistência de suporte teórico adequado e a replicação de violências sociais, essa característica atenuante se perde, e ganha espaço a potencialização as demais vulnerabilidades que atravessam os indivíduos, aumentando seu risco de adoecimento.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero; infecções por HIV; estudo sobre vulnerabilidade; sexualidade;

ABSTRACT

Introduction: Historically, women's access to healthcare has often been viewed through a traditional lens, limiting this demographic solely to their reproductive and maternal processes while neglecting other aspects of their lives. Despite efforts to broaden the perspective on women's health and disease processes, sexuality remains a crucial aspect that requires attention, especially when delving into the sexual health of women who have sex with women. These individuals continue to be further marginalized and consequently rendered more vulnerable in this process. **Objective:** To analyze programmatic vulnerability contexts of women who have sex with women regarding HIV/AIDS. **Method:** This is an exploratory and descriptive cross-sectional survey with a quantitative approach. The study was conducted in the city of Recife, with data initially collected from the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS located at the Oswaldo Cruz Hospital. The research took place between May and December 2021, targeting women who identified as having sex with other women. The collected data were tabulated in Excel software, allowing for descriptive analysis and the creation of graphs. **Results:** 81.90% of the respondents reported attending some form of healthcare service, with 41.90% using public assistance services and 38.09% seeking services only when they fall ill. 52.38% mentioned encountering difficulties with healthcare professionals, and 30.47% reported not disclosing their sexual orientation during health appointments. **Discussion:** The research revealed that more than half of the interviewed women, approximately 52.38%, at some point in their lives experienced discomfort and encountered difficulties when receiving healthcare from professionals. Some responses pointed to general healthcare system challenges, such as a lack of professionals and appropriate materials. However, many responses were directly related to professionals' lack of preparation for MSM (women who have sex with women) and the fear of facing prejudice and violence. **Final considerations:** The healthcare system, as an institution, plays a crucial role in intervening in individuals' health-disease processes, alleviating their individual and social vulnerabilities to stimulate their potential and prevent illness. However, when this institution exhibits flaws, such as professional unpreparedness, the absence of adequate theoretical support, and the replication of social violence, this mitigating characteristic is lost, and other vulnerabilities that individuals face are magnified, increasing their risk of illness.

Keywords: Sexual and Gender Minorities; HIV Infections; Vulnerability Study; Sexuality

LISTA DE GRÁFICOS

1.	Autoidentificação étnica das entrevistadas	21
2.	Estado civil da amostra	22
3.	Religião e espiritualidade da amostra	22
4.	Grau de escolaridade	23
5.	Exercício de atividade remunerada	23
6.	Utilização dos serviços de saúde	24
7.	Tipo de serviço de saúde frequentado	24
8.	Procura o serviço de saúde apenas quando adoece ou sente algo?	25
9.	Sentiram dificuldades em relação aos profissionais de saúde que as atendeu?	25
10.	Dificuldades encontradas no atendimento	26
11.	Mulheres que informam fazer sexo com outras mulheres durante atendimento	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MSM	Mulheres que fazem sexo com mulheres
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais e transexuais
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
VS	Vulnerabilidade em saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivos gerais	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Considerações sobre vulnerabilidades em saúde	15
3.2	Homossexualidade feminina: uma breve contextualização	15
3.3	Vulnerabilidade ao HIV em MSM	16
4	MÉTODOS	18
4.1	Tipo de estudo	18
4.2	Local de estudo	18
4.3	Período de estudo	18
4.4	População de estudo	19
4.5	Aspectos éticos	19
4.6	Variáveis	19
4.7	Coleta de dados	20
4.8	Tratamento e análise dos dados	20
5	RESULTADOS	21
5.1	Dados socioeconômicos da amostra	21
5.2	Dados sobre acesso a saúde	24
5.3	Dados sobre o tratamento ofertado pelos profissionais dos serviços de saúde	25
6	DISCUSSÃO	27
6.1	Falta de Humanização do atendimento	27
6.2	Invisibilidade de suas práticas sexuais	28
6.3	Falta de preparo dos profissionais	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXOS	35

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o acesso feminino à saúde sempre foi visto sob uma óptica tradicional, restringindo esse público apenas ao seu processo reprodutivo e materno, negligenciando outros aspectos da vida feminina, ou seja, essa forma de assistência ignora a mulher como um ser para além do reprodutivo (BRASIL, 2004). No Brasil, essa estrutura de atenção à saúde começou a ter mudanças apenas com o desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, onde estruturas e questões sociais, econômicas, de gênero e sexualidade foram compreendidas como agentes moduladores do processo de saúde/doença do público feminino.

Contudo, o recorte da sexualidade ainda persiste sendo um entrave para um adequado acesso das mulheres aos serviços de saúde. Dentre um dos fatores para isso ocorrer está, a ainda existente, dificuldade de muitos profissionais em abordar esse tópico e expandir seu arcabouço teórico para além da heteronormatividade, o que distancia uma parcela dessa população da assistência à saúde, como ocorrer com as mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) (LIMA; SALDANHA, 2020). Pontua-se que o termo MSM emerge da necessidade de focar em comportamentos e práticas sexuais das mulheres, que podem ser diversos ao longo da vida, podendo ultrapassar identidades sexuais. Sendo assim, essa sigla permite compreender e sinalizar que definições sexuais não abrangem, ou anulam, a possibilidade de relações com pessoas do mesmo sexo (ANDRADE, 2017; MORA; MONTEIRO, 2010).

Assim, como o termo “Homens que fazem sexo com homens” (HSH) não definem a orientação sexual desses homens, apenas indicam o que pode ser uma de suas práticas sexuais, o termo “mulheres que fazem sexo com mulheres” (MSM)¹ engloba tanto a identidade sexual lésbica (homossexuais femininas) como a de mulheres bissexuais (possuem orientação sexual para homens e mulheres). Logo, a distância do público de MSM do serviço de saúde acaba tornando esse grupo vulnerável a certas formas de adoecimento, como o ocasionado por infecções sexualmente transmissíveis, com o HIV (vírus da imunodeficiência humana) sendo um importante representante dessas infecções (ANDRADE, 2017; LIMA; SALDANHA, 2020). Essa acaba sendo a dimensão programática, ou institucional, da vulnerabilidade em saúde, que representa como as instituições, nesse caso os serviços de saúde, podem reproduzir e aprofundar

¹Termo usado também quando a pessoa envolvida pode estar numa condição específica como confinado num presídio, num albergue masculino ou feminino, ou até fazendo o trabalho sexual com clientes de ambos sexos, por essas razões, foram criadas pelos profissionais de saúde siglas (HSH e MSM) que identificam o comportamento sexual das pessoas e não sua orientação sexual e/ou identidade de gênero. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/docs/ManualdeComunicacaoLGBT.pdf>

situações sociais que aumentam o risco de o indivíduo infectar-se pelo HIV (SCHAURICH, 2004).

Reconhece-se que a vulnerabilidade das MSM ao HIV não é uma questão recente, visto que, a partir dos anos 90 a pandemia, que inicialmente ficou caracterizada por atingir homens que faziam sexo com homens (HSH), passou por um processo de feminilização, heterossexualização e pauperização, como abordado por Calazans; Pinheiro e Ayres (2018). Esse crescimento da infecção em outros públicos demonstrou a negligência com a atenção a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) em outros setores que não os HSH. Situação que persiste nos dias atuais, onde MSM seguem sendo deixadas a quem das campanhas, pesquisas e iniciativas de prevenção ao HIV, demonstrando como esse público é atravessado por duas frentes de invisibilidade: sendo a primeira por seu gênero e a segunda por sua sexualidade (ANDRADE, 2017; LIMA; SALDANHA, 2020).

Segundo Betolozzi *et al.* (2008) a definição de vulnerabilidade teve sua origem na área dos direitos humanos, na advocacia internacional relacionado aos grupos ou pessoas fragilizadas, trabalhando na forma jurídica e política, na proteção, promoção e garantia de cidadania. Ainda, segundo os autores, esse termo vem sendo utilizado em várias áreas e por diversos pesquisados em disciplinas do campo da saúde e que, a cada dia, vem ganhando enfoque nas pesquisas, ações e políticas relacionadas à epidemia de HIV.

Considerando que existem vulnerabilidades de ordem individual, social e programática e que independente de raça, sexo, idade, orientação sexual e condição socioeconômica, todos os indivíduos estão sujeitos à exposição ao HIV (BANDEIRA, 2014). Com isso, a noção de vulnerabilidade busca “Responder a percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade a infecção e ao adoecimento” (AYRES, J. ET AL, 2017. P. 396).

Observa-se que o serviço de saúde tem capacidade para intervir e atenuar as influências das dimensões individuais e sociais da vulnerabilidade no tocante ao HIV, entretanto quando sistematicamente ele acaba acentuando os contextos desfavoráveis, ele torna-se mais um fator de invisibilização e negligência dessas mulheres, ao afastá-las dos métodos de prevenção, dos avanços e da possibilidade de enxergar-se como alguém suscetível a infecção (ANDRADE, 2020; LIMA; SALDANHA, 2020; ANDRADE, 2017).

Nesse contexto, fica evidente a necessidade de entender, visibilizar e fomentar a discussão acerca dos processos que vulnerabilizam as MSM ao HIV, principalmente no tocante a participação das instituições de saúde nesse processo. Diante disso, o estudo traçou como

questão norteadora: Quais são as situações de vulnerabilidades em que este público se encontra exposto, em relação a sua vulnerabilidade programática?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar contextos de vulnerabilidade programática das mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) ao HIV/Aids.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever e caracterizar o perfil sociodemográfico das MSM, bem como a sua relação com a vulnerabilização dessas mulheres ao HIV.
- Examinar a relação entre o acesso a serviços de saúde e a vulnerabilização de MSM ao HIV.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações sobre Vulnerabilidade em saúde

Tendo seu uso, inicialmente, associado às ciências humanas e estudos voltados para advocacia e deliberação de direitos humanos, com o fito de designar grupos e indivíduos com seu acesso aos seus direitos de cidadania enfraquecidos, o termo vulnerabilidade passou a ser empregado dentro do arcabouço discursivo da saúde recentemente, com o surgimento da pandemia de AIDS, no século XX (SOUZA, P. MIRANDA, K. FRANCO, A.; 2011).

Adotou-se a adesão ao conceito de vulnerabilidade em saúde (VS), dentro da perspectiva da infecção pelo HIV, visa empregar a ideia de que a possibilidade de infecção por esse vírus não ocorre devido apenas a comportamentos individuais, mas também de fatores sociais, do contexto ao qual o indivíduo está inserido, além de questões institucionais e de disponibilidade de acesso a recursos, de diferentes níveis de tecnologia (SANCHEZ, A. BERTOLOZZI, M. 2007; SOUZA, P. MIRANDA, K. FRANCO, A., 2011; FLORÊNCIO; MOREIRA, 2021).

Esse termo vem também para superar os conceitos paradigmáticos no entendimento do processo de saúde e doença, com a necessidade de evolução das ideias de grupo de risco e comportamento de risco, uma vez que, tais termos auxiliaram, mesmo que de forma não proposital, na perpetuação de comportamentos segregativos e preconceituoso com grupos sociais que apresentavam maiores taxas de infecção, como os homossexuais. Sabe-se que o termo “grupo de risco” traz consigo uma ideia de que a susceptibilidade para infecção pertence apenas a um grupo social, então a exclusão da sociedade desses indivíduos seria uma forma de prevenção. A designação “comportamento de risco”, acaba *vilanizando* certos comportamentos e centra o foco preventivo apenas no indivíduo (SCHAURICH, 2004).

Certamente ao discutir sobre as vulnerabilidades em saúde, Ayres *et al* (2017), acaba separando esse conceito em três vertentes: as vulnerabilidades individuais, que referem-se ao grau de conhecimento que os indivíduos têm acesso sobre as formas de transmissão e prevenção do agravo e sua capacidade de inserir esses saberes no seu repertório cotidiano; as vulnerabilidade sociais, que relacionam-se com o entendimento do processo saúde/doença por uma perspectiva ampliada, passando enxergá-lo como um fenômeno que não pode ser separado do contexto social, político, racial e histórico no qual o ser humano está inserido e a terceira dimensão que diz respeito a vulnerabilidade programática, que também pode ser chamada de institucional, uma vez que, faz referência a como as diversas instituições sociais, como família, escola e serviços de saúde, acabam por potencializar as condições socialmente apresentadas de vulnerabilidade, ou como essas instituições agem minimizando essas vulnerabilidades.

Essa última vertente entende que essas instituições podem mediar a relação dos sujeitos e seus contextos sociais, mas essa intervenção depende do grau de compromisso e estrutura do setor programático, como por exemplo, a disponibilidade de um serviço de saúde adequado, que disponha de recursos e estrutura, além de profissionais capacitados e empenhados na prestação do serviço (AYRES, J. *et al*, 2017; SANCHEZ, A. BERTOLOZZI, M. 2007).

3.2 Homossexualidade feminina: breve contextualização

Ao discorrer sobre a homossexualidade feminina, é indispensável iniciar a conversa sobre o ser mulher. Em sua célebre frase, Simone de Beauvoir, na segunda edição de sua famosa obra “O segundo sexo” (1949) diz: “não se nasce mulher, torna-se mulher”. Essa frase traz à tona a discussão “do que é ser mulher?”, “O que faz uma mulher?” perguntas que deram início ao debate das discussões de gênero.

Oriundo do o discurso biotecnológico, o conceito de gênero surge em meados dos anos 40, quando estudavam-se bebês intersexuais e o termo “sexo” não servia mais para classificar algo que fugia dos critérios visuais e discursivos do que a medicina entendia como feminino e masculino (PRECIADO, 2008). Entretanto, esse termo acaba sendo agregado pela luta feminista, mais especificamente durante a segunda fase do movimento, onde ganha novos significados e passa a direcionar o estudo das diferenças e hierarquias entre homens e mulheres (COLLING, 2018).

Verifica-se que a discussão de gênero e sexo, neste contexto lido como o sexo biológico, acaba sendo dissociada, em muitos casos com a finalidade didática, mas em uma análise prática as duas temáticas pouco se separam. Para Judith Butler, em sua obra “Problemas de gênero” (2003), gênero e sexo não se dissociam, uma vez que a partir do momento em que temos nossa genitália identificada, todos os conceitos de gênero associados aquele órgão nos é imposto. Para além disso, ao impor esse gênero também é esperado que o indivíduo tenha desejos e práticas sexuais lidos como coerentes com sexo-gênero determinados.

Essa determinação de um fluxo de sexo-gênero-desejo-práticas sexuais estrutura um sistema de heterossexualidade compulsória, onde o heterossexual é visto como padrão, que acaba sendo imposto a todos os indivíduos, muitas vezes tendo a violência como base dessa coerção (CARVALHO; ARAÚJO, 2022).

Nesse contexto, as mulheres, desde a infância, são convencidas de que a heterossexualidade e o casamento são as únicas realidades existentes e qualquer situação diferente disso representa algo desviado do normal, passivo de ser odiado ou tornar-se invisível. Nessa situação, as mulheres são condicionadas a heterossexualidade, tendo que ajustar sua

mente e seus desejos a esses moldes, sendo esse processo conhecido como heterossexualidade compulsória² (RICH, 2010.)

Identifica-se que todo esse processo é subsidiado por uma sociedade ainda pautada no cristianismo e patriarcado, onde a mulher tem sua existência restringida a submissão aos homens que a cercam e sua sexualidade exclusivamente associada a reprodução, com a busca pelo prazer sendo algo pecaminoso e o fluxo dessa satisfação, com o ato sexual, seguindo apenas um caminho unilateral (BALBINOTTI, 2018; COLLING, 2018).

Em uma sociedade pautada nessa heterossexualidade compulsória, mulheres que experienciam uma sexualidade diferente da que lhe é imposta ao longo de sua formação, acabam sendo socialmente rechaçadas e invisibilizadas, sendo alvo de inúmeras violências com suas relações constantemente sendo colocados em uma posição de fetiche. Esse grupo acaba tendo seus corpos atravessados por essas interseccionalidade, ao serem mulheres e a não serem heterossexuais, estando duplamente expostas a violências (ANDRADE, 2017). No cenário brasileiro, onde qualquer discussão acerca de sexualidade, gênero e raça eram fortemente repreendidas pela ditadura militar, os movimentos homossexuais surgem de forma ilegal, formando um movimento de contracultura, como pioneiro grupo SOMOS, que representou um grupo de afirmação homossexual. (QUINALHA, 2018; FONSECA & RIBEIRO, 2020)

Historicamente, no final dos anos 70, as mulheres lésbicas e bissexuais, se unem a esse movimento com o intuito de lutarem por sua visibilidade e voz, mas logo percebem a necessidade de formação de um subgrupo próprio, voltado para as mulheres lésbicas e feministas, visto que, mesmo sendo composto por homens gays, o machismo e valores do patriarcado ainda eram presentes e fortes, mesmo dentro do movimento (FONSECA & RIBEIRO, 2020). A criação desse espaço exclusivamente voltado para o movimento feminino vem como uma resposta a necessidade de empoderar e visibilizar suas lutas e necessidades, levando em conta as especificidades de ser uma mulher e não ser heterossexual.

3.3 Vulnerabilidades ao HIV de MSM

Inicialmente, a violenta pandemia do HIV foi fortemente associada aos homens gays, ganhando o pejorativo termo de “pneumonia gay” ou “câncer dos gays” (Lima, 2019). Entretanto, com a progressão dos casos e o decorrer do tempo, a infecção começou a passar por um processo de pauperização e feminização (AYRES, J. *et al*, 2007).

² A heterossexualidade compulsória consiste na exigência de que todos os sujeitos sejam heterossexuais, isto é, se apresenta como única forma considerada normal de vivência da sexualidade.

Aponta-se que esse fenômeno acabou sendo influenciado pela criação de medidas de prevenção fortemente associadas exclusivamente aos homens que faziam sexo com homens, que na época eram apenas lidos como homens gays, enquanto às mulheres não eram o público alvo dessas intervenções (LIMA & SALDANHA, 2020).

Nesse cenário, ao pensar em políticas e medidas de prevenção ao HIV, as mulheres acabaram sendo negligenciadas nesse processo, principalmente as mulheres que fazem sexo com mulheres, que até os dias atuais, são pouco visibilizadas dentro discussões acerca do tema, pelo falso imaginário de que elas estão protegidas da infecção devido a ideia de que suas práticas sexuais não oferecem risco de transmissão (LIMA & SALDANHA, 2020; AYRES, J. *et al*, 2007).

Se de um lado a relação sexual entre mulheres pode envolver: penetração; uso de objetos que podem ser compartilhados sem a adequada troca de preservativo antes; troca de fluidos e secreções vaginais; atos sexuais mais intensos podem provocar lesões vaginais, que acabam sendo facilitadoras da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV; troca de fluidos vaginais e o contato oral-vaginal, que também pode ser uma forma de transmissão (SILVEIRA; SCHNOR; ROCHA, 2022).

Por outro, revela-se a importância da adoção do termo "mulheres que fazem sexo com mulheres", por compreender as práticas sexuais e afetivas desse público em sua amplitude e desse modo evidenciar como essas múltiplas práticas associadas a um imaginário popular, que perpassa a assistência à saúde, podem vulnerabilizar esse público e colocá-lo em uma posição desfavorável no desenvolvimento de políticas públicas e medidas de saúde que visem a prevenção ao HIV (ANDRADE, 2017).

O sistema de saúde pode ser uma barreira para interromper essa cadeia de vulnerabilidade, quando subsidiado por uma ciência que enxerga esse público e produz conhecimento acerca do tema, criando evidências que dão suporte para prática. Além disso, essa instituição também precisa ter em seu escopo profissional, trabalhadores atentos a essas especificidades, que abarcam as temáticas da população LGBT em seu fazer profissional e não reproduzem apenas o que é posto no senso comum. Quando isso não ocorre, essa instituição tão importante na manutenção da saúde da população, torna-se um potencializador do risco de adoecimento (VALADÃO & GOMES, 2011).

4 MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de levantamento exploratório e descritivo com corte transversal e abordagem quantitativa. O estudo exploratório consiste em um modelo de pesquisa que utiliza a investigação, bibliográfica e/ou por meio de entrevistas com pessoas que tenham relação com a temática, com o objetivo de criar uma aproximação com o conteúdo, aprimorar as ideias e favorecer o desenvolvimento de um delineamento mais preciso do que se pretende estudar, além de guiar a elaboração dos objetivos e das hipóteses, ou até mesmo, definir um novo enfoque sobre o assunto (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Já o estudo descritivo representa uma modalidade de pesquisa onde o pesquisador observa, registra, analisa, classifica e interpreta os dados observados, mas sem interferir neles, ou seja, os fenômenos são analisados, mas sem interferências do pesquisador. Esse tipo de estudo utiliza, no momento da coleta desses dados, instrumentos com técnicas padronizadas, como entrevistas, formulários e questionários (PRODANOV; FREITAS, 2013). Ainda nesse contexto, os estudos de cortes transversais são utilizados quando se almeja a obtenção de dados fidedignos, que possibilitem a criação de hipóteses e conclusões mais precisas (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO; ECHEIMBERG & LEONE, 2018).

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado na Cidade de Recife e sua Região Metropolitana, a coleta partiu inicialmente do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids que se localiza no Hospital Oswaldo Cruz, situado na cidade do Recife em Pernambuco. Localizado no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) o Sistema de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids é uma unidade assistencial em caráter ambulatorial que possui um único Serviço de Assistência Especializada a profilaxia pré-exposição – PrEP em HIV/Aids.

4.3 Período de estudo

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio a dezembro de 2021. Antes do início da coleta dos dados, que ocorreu em diferentes momentos, foi realizado a aplicação de um estudo-piloto nos meses de janeiro a fevereiro de 2021 com os quatro recrutadores.

Após realizado os devidos ajustes foi encaminhado o link para as participantes indicadas pelas três mulheres e o homem dos Formulários eletrônicos do tipo *Google Forms*, ocorrendo interações em Aplicativos de mensagens automáticas (WhatsApp), utilização de aplicativos de vídeo conferência (*Zoom ou Meet*).

4.4 População do estudo

A população-alvo do estudo foi constituída por 105 mulheres acima de 18 anos, que declararam fazer sexo somente com mulheres ou com mulheres e homens³; não ter ciência da sorologia de diagnóstico do HIV e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), concordando em participar voluntariamente do estudo, conforme os princípios que regem as pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016).

4.5 Aspectos éticos

A coleta dos dados teve início, posteriormente a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Complexo Hospitalar HUOC/PROCAPE, onde consta protocolo de aprovação desta pesquisa vinculado ao projeto intitulado “Vulnerabilidade ao HIV em minorias sexuais: um estudo de representação social”, atribuído o CAE 33360020.3.0000.5207 e parecer de número 4.149.649 , como também após à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além das autorizações institucionais pertinentes ao campo de pesquisa. Todas as normas e diretrizes para realização de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitadas conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS) nº 580/2018 que versa sobre especificidades éticas de pesquisas de interesse estratégicos para o Sistema Único de Saúde (SUS).

4.6 Variáveis

No formulário constavam dados sociodemográfico de caracterização do participante da pesquisa contendo as seguintes variáveis: idade, cor, escolaridade, estado conjugal, religião, profissão, acesso aos serviços de saúde, conhecimentos sobre HIV/Aids, comportamentos sexuais e práticas sexuais entre outras. As informações originadas por meio da coleta de dados com as entrevistadas resultaram em variáveis quantitativas discretas, que permitiram que elas fossem agrupadas e porcentagens fossem estabelecidas.

Esses dados possibilitaram o desenvolvimento de gráficos mostrando a distribuição das respostas e permitindo a melhor visualização e entendimento.

4.7 Coleta de dados

³ O universo das participantes da pesquisa abarcou desde mulheres reivindicadoras do reconhecimento de sua identidade lésbicas até aquelas que não se identificam com essas designações e nem qualquer outra que tomem como referência para sua orientação sexual suas práticas sexuais.

Devido o contexto mundial em relação à Pandemia da COVID-19, e os protocolos de distanciamento social é importante ressaltar que todas as medidas protetivas em relação à COVID-19 foram aplicadas, segundo o protocolo setorial em saúde de rede assistencial, clínicas, laboratórios e hospital, com a utilização de álcool em gel, uso de máscaras, mantido 1,5 de distância e caneta individual devidamente higienizada para a assinatura do TCLE (PERNAMBUCO, 2020).

Foram excluídas as mulheres que após aceitarem participar relataram não terem condições psíquicas (ou cognitivas) e/ou emocionais para participar da pesquisa; as que possuíam limitações auditivas, déficit de compreensão e/ou limitação cognitiva; as que não responderam os contatos telefônicos, mensagens instantâneas ou e-mails enviados no período de uma semana após contato prévio e as que expressaram não possuírem conhecimentos na utilização dos formulários eletrônicos e chamadas de vídeos por aplicativos de mensagens instantâneas.

Após ser realizada os contatos remotos descritos da etapa anterior, foi compartilhado um link no formato (Google *Forms*) para as mulheres que aceitaram participar (APÊNDICE B), com o TCLE encaminhado para ser assinado nos casos do aceite em participar, além do convite para a realização da etapa seguinte da coleta dos dados que estava incluído no final do formulário

4.8 Tratamento e análise dos dados

Os dados explicitados foram coletados, em seguida houve a tabulação deles no software Excel, onde foi realizada a análise descritiva e a construção de gráficos. Os dados utilizados no presente estudo serão resguardados por um período de cinco anos sob responsabilidade da pesquisadora responsável, sendo descartados após esse período.

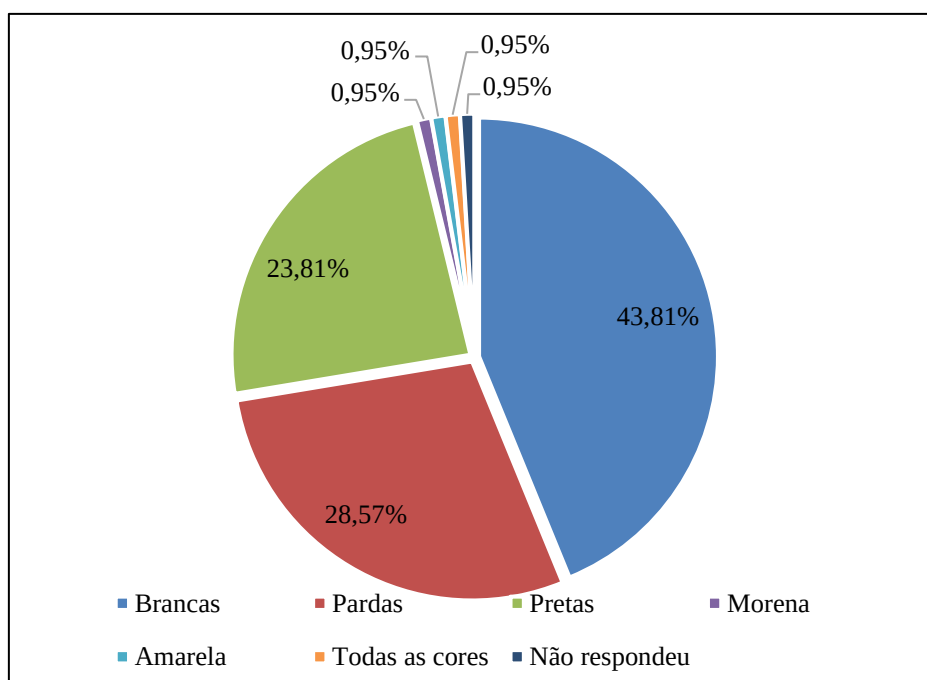
5 RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com 105 mulheres cisgênero⁴ que se identificam como MSM. Todas as entrevistadas residiam no estado de Pernambuco.

5.1 Dados socioeconômicos da amostra:

A faixa etária das entrevistadas variou de 17 a 56 anos de idade. Na autoidentificação étnica, 46 identificaram-se como brancas (43,81%); 30 como pardas (28,57%); 25 como pretas (23,81%); 1 identificou-se como morena (0,95); 1 como amarela (0,95) e 1 como “sou de todas as cores” (0,95). Apenas uma, dentre as entrevistadas não respondeu a autoidentificação.

Gráfico 1- Autoidentificação étnica das entrevistadas

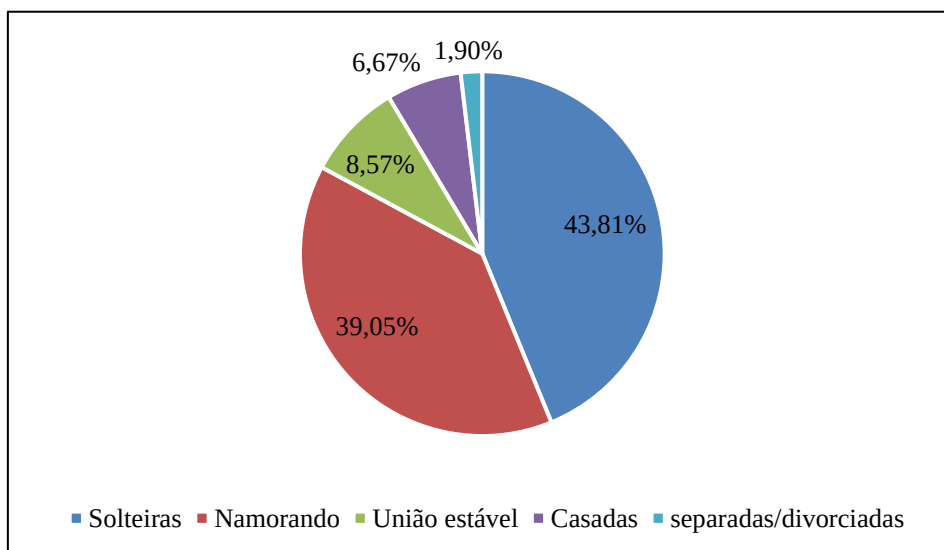


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Em relação ao estado civil: 46 (43,81%) entrevistadas informaram ser solteiras; 41 (39,05%) estão namorando; 9 (8,57%) estão em união estável; 7 são casadas (6,67%) e 2 (1,90%) estão separadas/divorciadas.

⁴ Segundo Bagaglia (2018): “cisgênero é utilizado para designar aquelas pessoas que não são transgêneras, ou seja, aquelas cujo gênero auto identificado está na “posição aquém” daquele atribuído compulsoriamente ao nascimento em virtude da morfologia genital externa.”

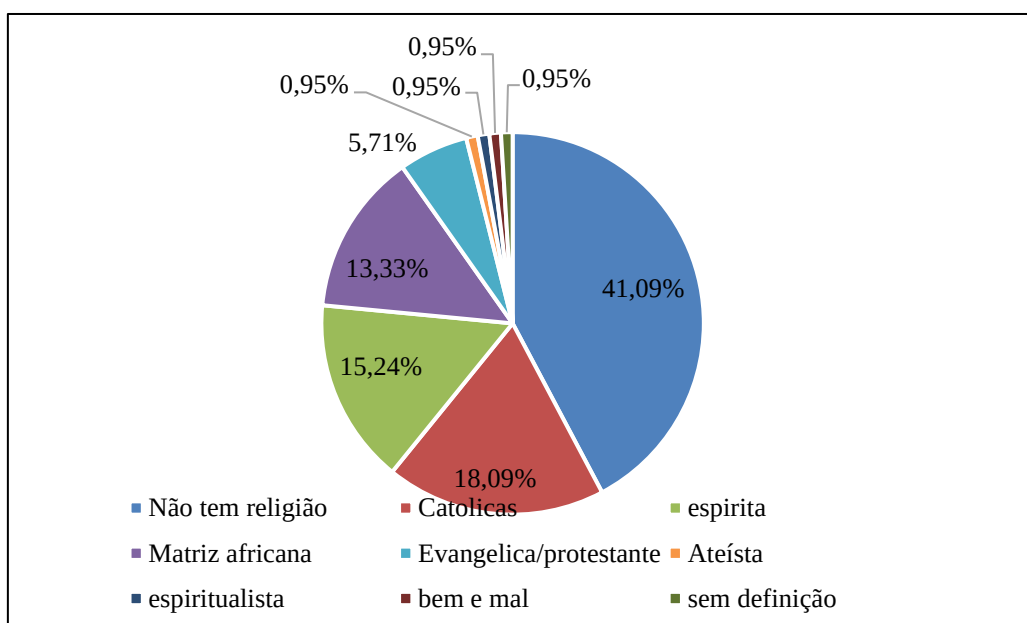
Gráfico 2- Estado civil da amostra (N=105)



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Ao serem questionadas sobre sua religião e espiritualidade: 44 (41,90%) informaram não ter religião; 19 (18,09%) identificaram-se como católicas; 16 (15,24%) são espíritas; 14 (13,33%) referiram pertencer à umbanda, candomblé e outras religiões de matriz africana; 6 (5,71%) identificaram-se como protestante/ evangélica; 1 (0,95%) afirmou ser ateu e 1 (0,95%) alegou ser espiritualista. Expressões como “acredito no bem e no mal” e “acredito em algo maior sem definição de religião” também foram utilizadas, cada uma aparecendo apenas uma vez.

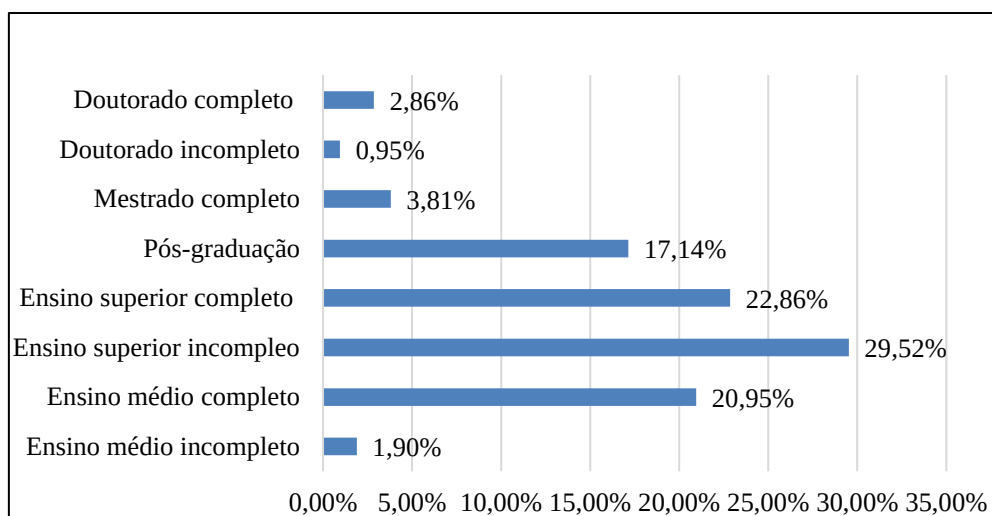
Gráfico 3- Religião e espiritualidade da amostra



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

No tocante a escolaridade, 2 (1,90%) entrevistadas referem ter apenas o ensino médio incompleto, 22 (20,95%) informam ter o ensino médio completo, 31 (29,52%) cursaram o ensino superior incompleto, 24 (22,86%) apresentam ensino superior completo, 18 (17,14%) tem pós-graduação ou especialização, 4 (3,81%) informa ter mestrado, 1 (0,95%) refere doutorado incompleto e 3 (2,86%) têm doutorado.

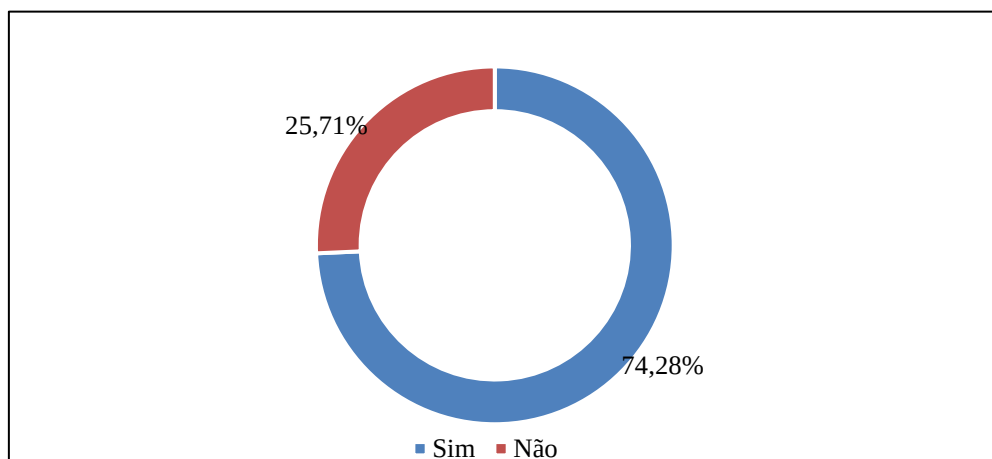
Gráfico 4- Grau de escolaridade



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando foram questionadas se exerciam alguma atividade remunerada, 78 responderam que sim, o que representa, aproximadamente, 74,28% e 27 (25,71%) responderam que não exercem atividade com retorno financeiro.

Gráfico 5- Exercício de atividade remunerada

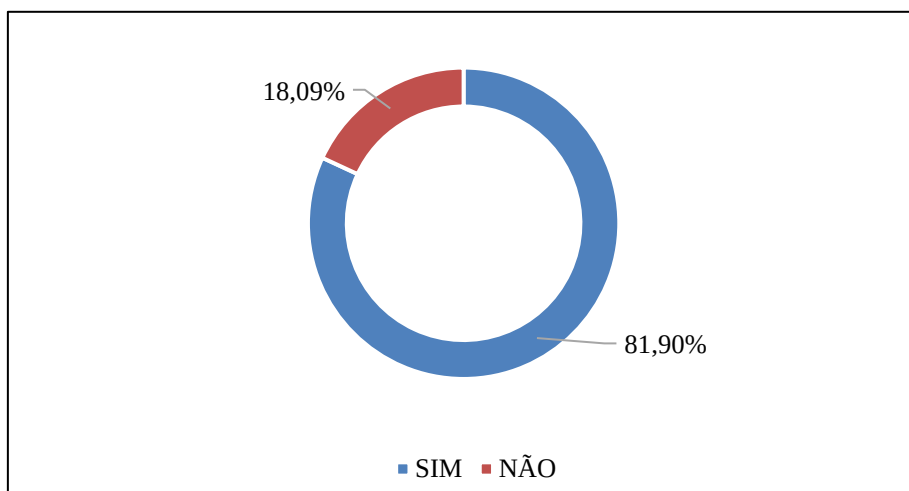


Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

5.2 Dados sobre acesso a saúde:

O questionário, respondido pelas entrevistadas, também abordou questões referentes ao seu acesso a serviços de saúde. Ao serem questionadas se frequentavam algum serviço de saúde, 86 entrevistadas informaram que sim, o que corresponde a aproximadamente 81,90%. 19 entrevistadas informaram que não frequentam serviços de saúde, totalizando 18,09%.

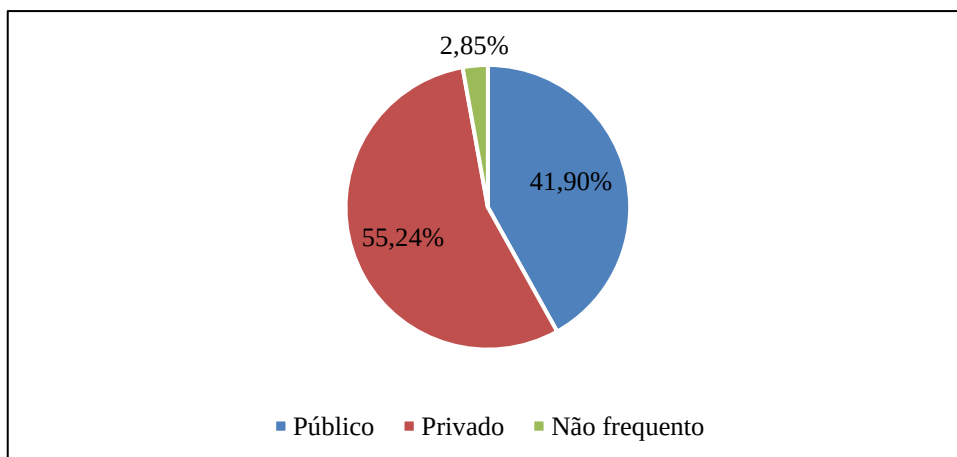
Gráfico 6- Utilização dos serviços de saúde



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Sobre o tipo de serviço de saúde que frequentam, 44 (41,90%) entrevistadas relataram utilizar o serviço público de assistência, enquanto 58 (55,24%) referiram utilizar o sistema privado/conveniado e 3 (2,85%) responderam não usar nenhum serviço.

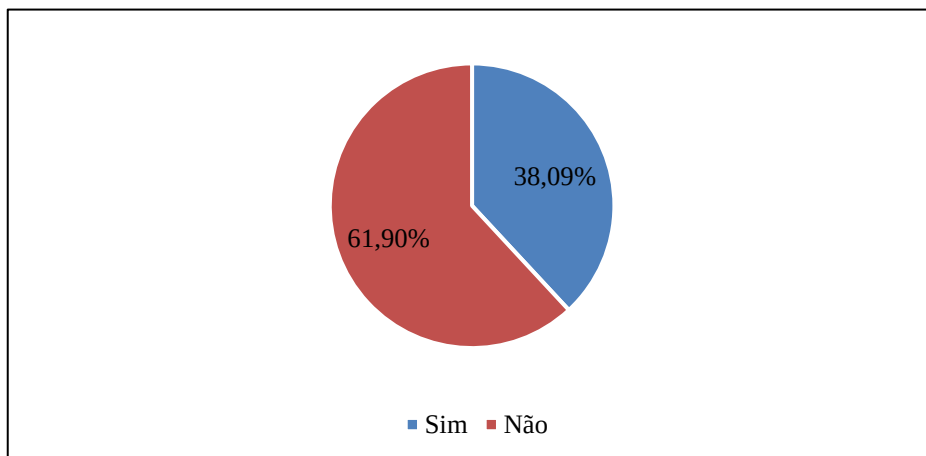
Gráfico 7- Tipo de serviço de saúde frequentado



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Quando questionadas se procuram o serviço apenas quando adoecem ou sentem alguma coisa, 40 entrevistadas responderam sim, correspondendo a 38,09%, de forma aproximada. 65 (61,90%) afirmou que não.

Gráfico 8- Procura o serviço de saúde apenas quando adoece ou sente algo?

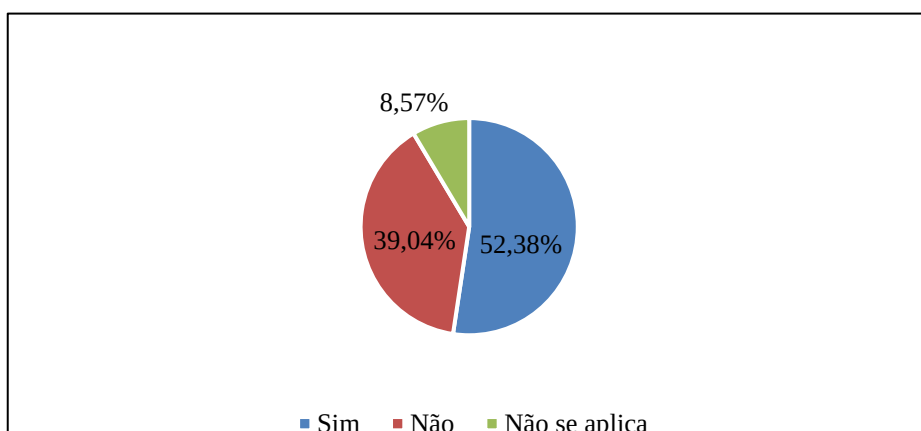


Fonte: elaborado pelo autor (2023).

5.3 Dados sobre o tratamento ofertado pelos profissionais dos serviços de saúde

As mulheres, que participaram da pesquisa, foram indagadas se em algum atendimento encontraram dificuldades em relação ao profissional de saúde que as atendeu e 55 (52,38%) referiram ter encontrado alguma dificuldade com relação aos profissionais, 41 (39,04%) disseram não encontrar dificuldade e 9 (8,57) selecionou a resposta “não se aplica”.

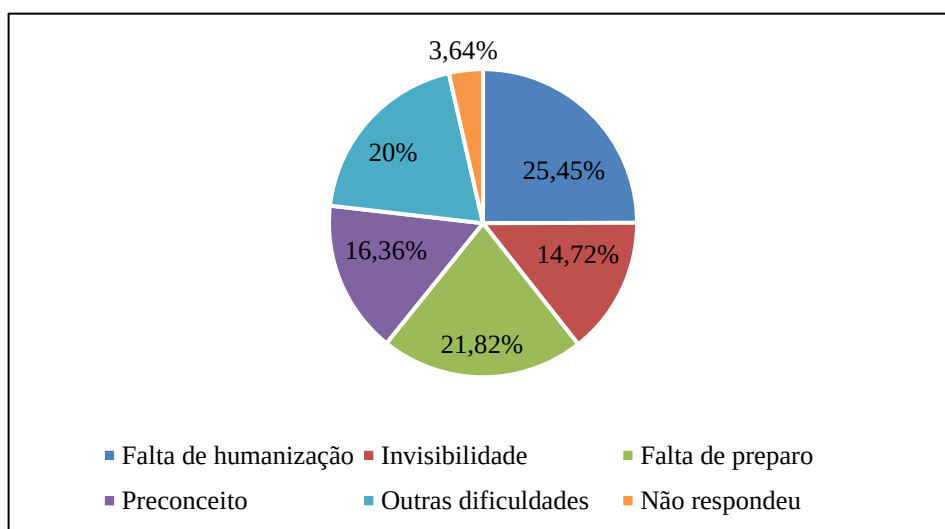
Gráfico 9- Sentiram dificuldades em relação aos profissionais de saúde que as atendeu?



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Para as que responderam “sim” sobre encontrar dificuldades aos serem atendidas por profissionais da saúde, foi solicitado que explicassem quais foram essas dificuldades. As respostas foram variadas, porém 25,45% das entrevistadas alegaram questões referentes a humanização e acolhimento do serviço, 14,72% direcionaram suas respostas para a invisibilidade de suas práticas sexuais, 21,82% referiu algo relacionado a falta de preparo dos profissionais em atender MSM e 16,36% referiram situações preconceituosas. 20% alegaram outros pontos como fatores de dificuldade, como questões relacionadas a estrutura física e falta de matérias e 3,64% das entrevistadas não responderam a essa questão.

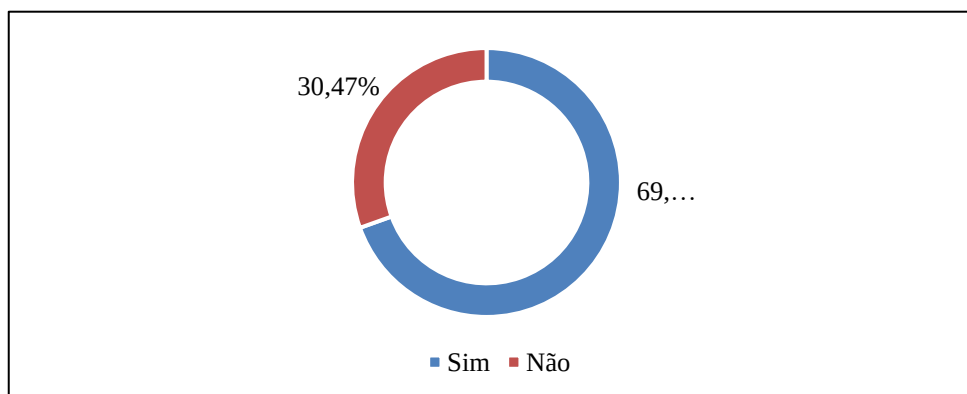
Gráfico 10 – Dificuldade encontradas no atendimento



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

Em seguida elas foram questionadas se ao procurarem um serviço de saúde elas informam que fazem sexo com mulheres, 73 (69,52%) afirmaram que informam e 32 (30,47%) alegaram não contar.

Gráfico 11- Mulheres que informam fazer sexo com outras mulheres durante atendimento



Fonte: Elaborado pelo autor (2023).

6. DISCUSSÃO

A pesquisa revelou como mais da metade das mulheres entrevistadas, aproximadamente 52,38%, em algum momento de sua vida passou por uma experiência desconfortável e sentiu alguma dificuldade quando foi atendida por profissionais de saúde. Algumas respostas remeteram a dificuldades gerais do sistema de saúde, como a falta de profissionais e de materiais adequados. Entretanto, muitas respostas foram direcionadas diretamente ao despreparo profissional para o atendimento de MSM e o receio de passar por situações de preconceito e violência.

Devido a esses medos, um número expressivo de mulheres, aproximadamente 30,47% das entrevistadas, não revelam sobre sua orientação sexual e/ou práticas sexuais em uma consulta, o que demonstra um recorte de mulheres que não terão um suporte adequado as suas reais necessidades, visto que as orientações que serão ofertadas a uma mulher lida como hétero não irão abarcar as práticas sexuais, e os consequentes riscos que podem estar presentes nessas relações, de uma mulher que faz sexo com alguém do mesmo gênero.

6.1 Falta de humanização do atendimento

Algo recorrente nas respostas das entrevistadas foi a falta de humanização do atendimento e como os profissionais acabam atuando de forma mecânica e despersonalizada, tornando o processo de acesso à saúde negativo. Em 2003 o Ministério da Saúde lança a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como “humanizaSUS”, que visa a inclusão das diferenças dos indivíduos no processo de gestão e cuidado, trazendo consigo algumas importantes diretrizes, como o “acolhimento” que ocorre pela legitimação das necessidades e singularidades de cada indivíduo, feito por meio de uma escuta qualificada por parte dos trabalhadores.

Entretanto, 20 anos após a implementação dessa política, queixas referentes a mecanização e despersonalização do atendimento ainda são uma realidade, estando presente inclusive dentro da formação de alguns cursos. A universidade deveria estar na vanguarda da criação de profissionais que enxergam os indivíduos e seu processo de saúde-doença de forma ampliada, contudo diretrizes engessadas e despersonalizadas de atendimento ainda são uma realidade do ensino, que moldará o fazer desses futuros profissionais.

Esse atendimento mecânico e despersonalizado pode ser percebido pelas usuárias como um processo violento e acabar gerando o afastamento dessas mulheres do serviço de saúde (AZEREDO; SCHRAIBER, 2017). Esse processo faz com que uma parcela busque atendimento apenas em última opção, como relatado por 38,09% das entrevistadas, que só

buscam assistência quando sentem algo, negligenciando a vertente preventiva do sistema de saúde e perpetuando uma lógica centrada na saúde apenas curativa.

Enxergar o sistema de saúde apenas pela vertente curativa vai de encontro com as diretrizes de sistema único de saúde, que enxerga a prevenção como um alicerce de sua principal porta de entrada, que é a atenção básica. Isso pode influenciar o fato de 55,24% das entrevistadas buscarem a rede privada de saúde, que deveria ter um papel complementar, mas acaba sendo a forma prioritária de assistência entre a amostra.

6.2 Invisibilidade de suas práticas sexuais

Em uma sociedade pautada na heteronormatividade, a assistência à saúde, em muitos casos, acaba reproduzindo essa prática social e apaga a vertente da sexualidade das MSM do processo de modulação de sua saúde-doença.

Sob essa visão, muitos profissionais, como abordado pelas entrevistadas, não questionam sua orientação sexual e seguem um engessado protocolo de orientações que não condizem com a vivência e necessidade dessas mulheres. Ou seja, os atendimentos de saúde acabam sendo pautados em uma lógica heteronormativa, fazendo com que a necessidade de questionar e aprofundar acerca da orientação sexual da paciente seja um ato subestimado e ignorado, uma vez que apenas a possibilidade da vivência heterossexual é considerada. Ignorar a vivência sexual dessas mulheres significa negligenciar as suas necessidades de orientações adequadas para as suas práticas sexuais. Desse modo, as intervenções que serão feitas para orientar e prevenir IST, incluindo o HIV, não abarcam verdadeiramente essas mulheres, tornando-as mais vulneráveis a infecções, uma vez que continuará existindo uma lacuna de falta de informação.

Essa invisibilidade também pode ser observada na falta de estudos e definições claras sobre como prevenir o HIV nas relações entre mulheres e sobre a correta utilização de métodos de barreira para essas relações (LIMA; SALDANHA, 2020). Conhecer bem as práticas sexuais das pacientes é fundamental para personalizar suas medidas de prevenção, visto que as necessidades e riscos de infecções entre as MSM são plurais, assim como suas práticas sexuais.

As universidades precisam incluir nos cursos de área da saúde disciplinas, obrigatórias, que abarquem a temática da sexualidade, de modo a preparar seus estudantes para as diferentes realidades e formas de relações que eles virão a encontrar na prática. Todavia, também cabe aos profissionais a busca pela educação continuada, uma vez que ele também precisa ser protagonista do seu processo de expansão do conhecimento e aumento de seu leque de entendimento.

6.3 Falta de preparo dos profissionais

Entender as singularidades e necessidades das MSM é fundamental para direcionar e prestar assistência à saúde, visto que padrões e lógicas heteronormativas não abarcam as vivências e necessidades desse público, ou de qualquer outro integrante da comunidade LGBT (BRASIL, 2013).

Para além da invisibilidade dessa população, também existe o despreparo profissional para orientar e intervir nas situações de vulnerabilidade desse público, ao desconsiderar o sexo entre mulheres como uma relação passível de gerar a transmissão do HIV, o que pode disseminar no subconsciente dessas mulheres a ideia de que existe uma menor vulnerabilidade de adquirir essa infecção, ou ainda, que a transmissão do HIV é algo restrito apenas nas relações que envolvam homens, como foi observado por Barbosa & Facchini (2009) ao analisarem a visão de suas entrevistadas sobre sua percepção de risco e necessidade de cuidado.

Não ver essa relação como porta de entrada para infecções, impede que o profissional atue de forma adequada no processo de saúde-doença, ignorando, ou até mesmo não sabendo como, realizar as orientações acerca da prática sexual segura, considerando as especificidades dessa população. Ainda no tocante ao despreparo profissional, existe o preconceito por parte de profissionais, que não conseguem separar suas crenças do seu fazer profissional, tendo comportamentos que transitam entre a mudança de tom da consulta, após descobrir a orientação sexual ou as práticas sexuais das usuárias do serviço, passando a uma postura mais acusatória, podendo chegar a um comportamento mais agressivo.

Infelizmente, questões relacionadas a sexualidade ainda são alvos de tabu, principalmente quando o foco passar a ser infecções sexualmente transmissíveis, acrescido a isso, quando essas infecções se relacionam a práticas sexuais homoafetivas, a imposição de uma visão vexatória e discriminatória é implacável, mostrando como a homofobia permeia a sociedade, incluindo os serviços de saúde.

Essas violências na prestação de assistência à saúde afastam essas mulheres da busca por atendimento e esse processo vulnerabiliza essa mulher, que passa a não enxergar o sistema de saúde como um espaço de prevenção e cuidado, mas sim como um replicador de violências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde, enquanto instituição, tem um importante papel de intervir no processo de saúde-doença dos indivíduos, atenuando suas vulnerabilidades individuais e sociais, de modo a estimular suas potencialidades e prevenir seu processo de adoecimento. Entretanto, quando essa instituição apresenta falhas, como o despreparo de seus profissionais, a inexistência de suporte teórico adequado e a replicação de violências sociais, essa característica atenuante se perde, e ganha espaço a potencialização as demais vulnerabilidades que atravessam os indivíduos, aumentando seu risco de adoecimento.

As entrevistadas pontuaram como a atuação profissional, no tocante a humanização da prestação de assistência, foi um fator que afastou esse público do serviço de saúde, desse modo, criando espaço para o surgimento de um valor expressivo de mulheres, com questões que podem merecer atenção, mas que estão longe da possibilidade de intervenção. Logo, invisibilizar a vivência das MSM, dentro de seu processo de saúde e doença, além de ser uma forma violenta de apagamento, também reproduz uma visão biomédica e limitada de assistência à saúde, onde o indivíduo deixa de ser visto como um ser histórico, social e político- com todos esses fatores o atravessando e modulando sua vivência de modo a influenciar na regulação ou desregulação de sua saúde- e passa a ser visto apenas como seu agente patógeno.

Dentro desse cenário, das violências praticadas contra essas mulheres, ainda existe a homofobia por parte dos profissionais, que segue sendo um recorrente medo desse público ao buscar uma assistência à saúde, sendo esse um fator que motiva algumas delas a ocultar suas vivências e desestimula a procura por serviços de saúde.

Além desses pontos de fragilidade que vulnerabilizam essas mulheres ao HIV, ainda existe a escassez de ações coletivas, estatais, voltadas para um maior interesse na criação e efetivação de métodos de prevenção da propagação de infecções sexualmente transmissíveis, direcionadas para as mulheres que se relacionam com outras mulheres, considerando as necessidades e adesão desse grupo. Também existe a carência da propagação de campanhas massivas de conscientização acerca dos riscos de transmissão de ISTs, para essas mulheres, associadas a informações acerca das adequadas formas de prevenção e incentivo ao autocuidado.

A pandemia da COVID-19 foi um fator limitante do estudo, uma vez que impôs certas dificuldades para o contato com as entrevistadas, além do seu impacto na saúde mental da população, sendo esse um fator de recusa de participação, por parte das entrevistadas. Além disso, a utilização de um questionário online ao passo que dinamiza a coleta de dados, sendo a opção mais adequada frente a um estudo descritivo realizado em um período pandêmico,

representa um fator de limitação do estudo, ao excluir uma parcela da população que não tem familiaridade com o uso desse tipo de tecnologia.

O estudo conseguiu analisar os contextos de vulnerabilidades programáticas das MSM ao HIV, ao passo que caracterizou esse público e sua relação com o sistema de saúde. Todavia, essa análise será enriquecida com o surgimento de outras pesquisas que levem essa discussão para o campo qualitativo e acrescentem ao debate as falas e posicionamentos dessas mulheres e como elas enxergam a sua relação com o sistema de saúde.

Por fim, considerando a amplitude do Brasil e as diferenças na assistência à saúde, somada as singularidades, e semelhanças, do público alvo da pesquisa nas diferentes regiões do país, fica o estímulo a produção científica, sobre a temática, em outras localidades, de modo a trazer visibilidade para esse tema e estimular a superação dos processos que trazem vulnerabilidade ao adoecimento das MSM.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Juliane. Vulnerabilidade de mulheres que fazem sexo com mulheres às infecções sexualmente transmissíveis. Tese (doutorado em saúde coletiva). Faculdade de medicina, Universidade Estadual Paulista. Botucatu- SP. 2017,77 p. Acesso em: 04 agos. 2023.
- AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. IN: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. Hucitec, p. 375- 418, 2017.
- AZEVEDO, Samir Gabriel Vasconcelos et al. Vulnerabilidade programática: Análise do conceito. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022. Disponível em: / <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rem/article/view/39021/31967/>. Acesso em: 27 jul. 2023.
- AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3013-3022, 2017. Disponível em: / <https://www.scielo.br/j/csc/a/VFFLLgpXPYfcVDQz6VgMxsz/?lang=pt/>. Acesso em: 03 nov. 2023.
- BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. “Cisgenero” nos discursos feministas: uma palavra “tão defendida; tão atacada; tão pouco entendida”. Campinas, SP: **UNICAMP**, 2015. Disponível em: /https://www.iel.unicamp.br/arquivos/publicacao/Cisgenero-nos_discursos_feministas_uma_palavra_tao_defendida_tao_atacada_tao_pouco_entendida.pdf/. Acesso em: 06 de ago. de 2023.
- BALBINOTTI, Izabele. A violência contra a mulher como expressão do patriarcado e do machismo. **Revista da ESMESC**, v. 25, n. 31, p. 239-264, 2018. Disponível em: <https://esmesec.emnuvens.com.br/re/article/view/191>. Acesso em 20 out. 2023.
- BANDEIRA, Andrea Gonçalves. O envelhecimento e a prevenção do HIV/AIDS: um desafio para os profissionais de saúde. **Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 115-115, 2014. Acesso em: 06 de ago. de 2023
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s291-s300, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rQght8tkNqgQ3DJjNSwtmdp/?lang=pt/>. Acesso em: 03 nov, 2023.
- BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 1326-1330, 2009. Disponível em:<<https://www.scielo.br/j/reusp/a/DNNmfp9NWtbLcs5WsDwnrM/?lang=pt>>. Acesso em 06 de ago. de 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: /https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 06 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: /https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf . Acesso em: 03 nov. 2023.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PINHEIRO, Thiago Félix; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da Aids voltadas para gays e outros HSH no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 263-293, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sess/a/bfYWcm96qhvs45Rby64xzgh/>. Acesso em: 05 ago. 2023.

CARVALHO, Thiago Henrique de Almeida; ARAÚJO, David Ferreira de. A heterossexualidade compulsória e a estilização do corpo à luz do pensamento de Judith Butler. **CSONline - REVISTA ELETRÔNICA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**, [S. l.], n. 34, p. 151–172, 2022. DOI: 10.34019/1981-2140.2021.33586. Disponível em:

<https://periodicoshomolog.ufjf.br/index.php/csonline/article/view/33586>. Acesso em: 3 dez. 2023

CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa et al. Vulnerabilidade em saúde, educação e liberdade: reflexão à luz de Hannah Arendt. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 26, 2022. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/BRpw3tYSXBZcMrSPHfVMFN/#/>. Acesso em: 25 set. 2023.

COLLING, Leandro. Gênero e sexualidade na atualidade. Salvador: UFBA, **Instituto de Humanidades, Artes e Ciências**; Superintendência de Educação a Distância, 2018. Acesso em: 10 ago. 2023.

DA SILVEIRA, Ana Carolina Tittoni; SCHNOR, Amanda Costa; ROCHA, Kátia Bones. Percepções de Mulheres Lésbicas e Bissexuais sobre Risco e Estratégias Preventivas às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 1687-1708, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/71774/44197/>. Acesso em: 23 out. 2023.

FERREIRA, Verônica Clemente et al. Saúde da mulher, gênero, políticas públicas e educação médica: agravos no contexto de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/tWK6pDmBhqJHhKN6F4DVPZL/?lang=pt&format=html/>.

Acesso em: 06 ago. 2023

FLORÊNCIO, Raquel Sampaio; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Modelo de vulnerabilidade em saúde: esclarecimento conceitual na perspectiva do sujeito-social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/j5R4zLdBMPzwyPjKqYRHsFz/?lang=pt/>. Acesso em: 25 set. 2023.

KOERICH, Magda Santos et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 15, p. 178-185, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/Dqfr5DHqbc6hC4kpxHrm5mJ//>. Acesso em: 02 out. 2023.

LIMA, Ana Claudia Teixeira. O câncer gay e o orgulho gay: a experiência da aids para o movimento LGBT da cidade do Rio de Janeiro (1986-1995). Tese (mestrado em história das ciências e da saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertacao_final_ana_claudia_lima.pdf/.

Acesso em: 22 out. 2023.

LIMA, Michael Augusto Souza de; SALDANHA, Ana Alayde Werba. (In) visibilidade lésbica na saúde: análise de fatores de vulnerabilidade no cuidado em saúde sexual de lésbicas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 40, p. e202845, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/vQxmpLZ86cRB7bMCKNWS94N//>. Acesso em: 06 ago. 2023.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 318-325, 1995. Disponível em:

/https://www.scielo.br/j/rsp/a/fF44L9rmXt8PVYLNvphJgTd/?format=pdf&lang=pt/. Acesso em: 03 nov. 2023.

PRODANOV, Cleber Cristiano; DE FREITAS, Ernani Cesar. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2 ed. **Editora Feevale**, 2013. E-book disponível em: /https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf/. Acesso em: 03 nov. 2023.

QUINALHA, Renan. Lampião da Esquina na mira da ditadura hetero-militar de 1964. **cadernos pagu**, v. 61. 2021. Disponível em: /https://www.scielo.br/j/cpa/a/SHVG63XcvL7Tz4Rp3FDBNMB/?lang=pt&format=pdf/. Acesso em: 23 out. 2023.

RICH, Adrienne. Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. **Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades**, v. 4, n. 05, 2010. Disponível em: /https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2309/1742. Acesso em: 18 out. 2023.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 319-324, 2007. Disponível em: /https://www.scielo.br/j/csc/a/yYhdsJmsHDTKbryR3ryqhPm/?lang=pt#/ . Acesso em: 02 out. 2023.

SANTOS, Magda Guadalupe. Simone de Beauvoir: “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. **Sapere Aude**, v. 1, n. 2, p. 108-122, 2010. Disponível em: /https://periodicos.pucminas.br/index.php/SapereAude/article/view/2081/2250/. Acesso em: 23 out. 2023.

SCHAURICH, Diego. Dos grupos de risco à vulnerabilidade: Reflexões em tempos de HIV/Aids. **Revista Contexto & Saúde**, v. 4, n. 06, p. 115-127, 2004. DOI: 10.21527/2176-7114.2004.06.115-127. Disponível em: https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1325. Acesso em: 3 dez. 2023.

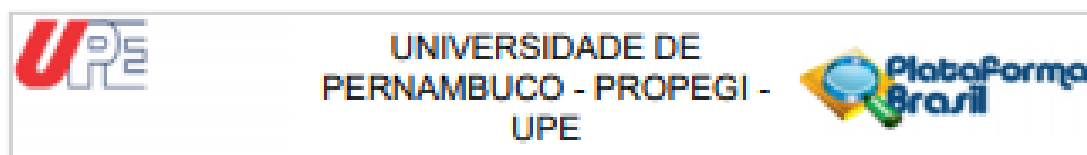
SOUSA, Petra Kelly Rabelo de; MIRANDA, Karla Corrêa Lima; FRANCO, Amanda Carneiro. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, p. 381-384, 2011. Disponível em: /https://www.scielo.br/j/reben/a/rjnTSzgkDQWTrJm9dVpHYnm/#/. Acesso em: 02 out. 2023.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1451-1467, 2011. Disponível em: /https://www.scielo.br/j/physis/a/6JStvdySYqWv9mPddGSwNRr/. Acesso em: 02 out. 2023.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 87-96, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/gfSm59Nf8Cnhy98cDxPVn4F/?lang=pt . Acesso em: 05 ago. 2023.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, Juliana; ECHEIMBERG, Jorge de Oliveira; LEONE, Claudio. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 356-360, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822018000300017&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 07 nov. 2023.

ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE AO HIV EM MINORIAS SEXUAIS : UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Pesquisador: Fatima Maria da Silva Abrão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33360020.3.0000.5207

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.195.435

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado e mestrado. O estudo sobre as representações sociais do HIV podem contribuir para promoção e prevenção da infecção podendo apresentar estratégias importantes para novas práticas de saúde direcionadas à população em geral; configurando-se, dessa forma, como uma temática relevante do ponto de vista acadêmico, social e científico por contribuir para qualidade da atenção à saúde nas ações de prevenção ao HIV. Pesquisa exploratória, plurimetodológica (quanti e qualitativa). Uso do software Iramuteq. O local de estudo será o HUOC/UPE.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais da vulnerabilidade ao HIV em minorias sexuais e as implicações para a prevenção à infecção e promoção à saúde.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico;
- Identificar contextos de vulnerabilidade para infecção ao HIV;
- Identificar as representações sociais do HIV em grupos de minorias sexuais em situação de maior

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº
 Bairro: Santo Amaro CEP: 50.100-010
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 3183-3775 Fax: (81) 3183-3775 E-mail: comite.etica@upe.br



UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO - PROPEGI -
UPE



Continuação do Risco: 4.185.435

vulnerabilidade;

-Descrever práticas sexuais preventivas de pessoas em situação de maior vulnerabilidade;

-Descrever os conteúdos representacionais presentes na prática profissional;

-Analisar através das Representações Sociais a importância da profilaxia pré-exposição ao HIV em populações de minorias sexuais;

-Analisar comparativamente a sexualidade e a diversidade de gênero na perspectiva do enfrentamento da infecção ao HIV;

-Analisar a interseção entre sexualidade e diversidade de gênero como estratégias de diagnóstico, prevenção e assistência à infecção ao HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos e desconfortos, esta pesquisa apresenta risco mínimo. Estes, por sua vez relacionados ao constrangimento por responderem as questões contidas no estudo e ao falar na presença dos pesquisadores e com conteúdo sendo gravado em formato de áudio. A coleta de dados incluirá medidas voltadas a diminuir estes riscos, tais como respeitar a privacidade dos participantes, proteção à confidencialidade e a liberdade de participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, o não consentimento da gravação não excluirá o participante

da pesquisa, se assim o participante desejar, os pesquisadores poderão transcrever as falas no momento da entrevista. Outro mecanismo incluído para diminuir os possíveis riscos será de solicitar ao participante se ele o desejar que ouça ou leia sua entrevista e se desejar o omitir ou responder novamente à algum trecho, além da identificação dos benefícios da pesquisa no momento do convite para a participação na pesquisa.

Benefícios:

Em relação aos benefícios, estes são imensos no sentido dos profissionais identificar os fatores de vulnerabilidade ao HIV em grupos de minorias sexuais, descrevendo assim as Representações Sociais do HIV, a fim de propor melhoria da qualidade da assistência em saúde as pessoas vivendo em situações de risco. Considerando-se que os benefícios devem ser maiores que os riscos. Salienta-se que todas as etapas da pesquisa sofrerão supervisão técnica da pesquisadora e orientadora em todas as fases da pesquisa.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br



UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO - PROPEGI -
UPE



Continuação do Parecer: 4.185.435

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta relevância científica e sua metodologia é adequada para alcançar os objetivos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados, exceto a carta de anuência. A pesquisadora deverá, logo que possível, apresentar a carta de anuência do HUOC. A mesma apresentou uma carta firmando esse compromisso e acrescentou o modelo da carta no projeto detalhado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado. No entanto, a pesquisadora deve apresentar a carta de anuência do HUOC devidamente assinada (assim que possível, sanadas as medidas de isolamento social).

Considerações Finais a critério do CEP:

O pleno acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_1534800.pdf	25/07/2020 00:31:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	proj_minor_modif.docx	25/07/2020 00:28:48	CARLA ANDREIA ALVES DE ANDRADE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_vulneb_modif.docx	25/07/2020 00:28:09	CARLA ANDREIA ALVES DE ANDRADE	Aceito
Outros	Decla_Comprom_period_covid.pdf	07/06/2020 18:54:59	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Outros	Lattes_Esther_Ouriques_atual.pdf	07/06/2020 17:59:14	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Cronograma	CRONO_modif.docx	07/06/2020 17:54:40	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Outros	Lattes_Carla_Andrade.pdf	26/05/2020 02:35:43	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Outros	Lattes_Fatima_Abrao.pdf	26/05/2020 02:33:49	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Outros	termo_confab_modif.pdf	26/05/2020 02:25:25	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito
Folha de Rosto	folh_rest_modif.pdf	26/05/2020 02:20:01	CARLA ANDREIA ALVES DE	Aceito

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81) 3183-3775

Fax: (81) 3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br



UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO - PROPEGI -
UPE



Continuação do Parecer: 4.185.435

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Agosto de 2020

Assinado por:

CLAUDINALLE FARIAS QUEIROZ DE SOUZA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br