

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS – UNIMONTES

Worney Ferreira de Brito

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MEMBROS DA  
COMUNIDADE LGBT ACERCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Montes Claros, MG

2016

Worney Ferreira de Brito

PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MEMBROS DA COMUNIDADE  
LGBT ACERCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Exame de Defesa (Mestrado) apresentado ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Rodrigues Costa

Montes Claros, MG

2016

B862p

Brito, Worney Ferreira de.

Percepção de profissionais de saúde e membros da comunidade LGBT acerca do atendimento em saúde [manuscrito] / Worney Ferreira de Brito. – 2016.  
53 f.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia Helena Rodrigues Costa.

1. Direitos sexuais e reprodutivos - Saúde. 2. Gênero e saúde. 3. Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT's. 4. Política de saúde. I. Costa, Lúcia Helena Rodrigues. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João de dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Pró-reitor Adjunto de Pesquisa: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Afrânio Farias de Melo Junior

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Junior

Pró-reitora Adjunta Pós- graduação: Juliane Leite Ferreira

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-Sensu: Ildenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: WORNEY FERREIRA DE BRITO

TÍTULO DO TRABALHO: "Percepção de profissionais de saúde e membros da comunidade LGBT acerca do atendimento em saúde"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços

**BANCA (TITULARES)**

PROFª. DRª. LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA – ORIENTADORA/PRESIDENTE)  
PROFª DRª CRISTINA ANDRADE SAMPAIO  
PROFª DRª APARECIDA ROSÂNGELA SILVEIRA

ASSINATURAS

**BANCA (SUPLENTES)**

PROFª DRª LUIZA AUGUSTA ROSA ROSSI BARBOSA  
PROFª. DRª. CÉSAR ROTA JÚNIOR

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

## RESUMO

Este trabalho visa a compreender a percepção e as atitudes de usuários pertencentes a grupos com orientação afetivo-sexual não majoritária e dos profissionais atuantes acerca da prestação de serviços públicos de saúde relativos à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos, pauta de discussão de várias instâncias de organismos nacionais e internacionais e dos indivíduos tocados pelo assunto, entendendo-se todas as pessoas com direito a informações e serviços de qualidade sobre a escolha de se ter ou não filhos e de se fruir uma vida sexual saudável. Estas políticas costumam girar sobre um modelo de família tradicional, composta por uma mulher e um homem, enfocando a geração de filhas e filhos como principal objeto de ação, o que não atende a todos os segmentos da sociedade, independentemente de identidade de gênero ou orientação afetivo-sexual. Utilizou-se de abordagem qualitativa baseada na Análise do Discurso Crítica, empregando-se a técnica de grupos focais constituídos por usuários e profissionais do serviço público de saúde, que discutiram a respeito de suas percepções e atitudes sobre o atendimento prestado à comunidade LGBT na cidade de Montes Claros - MG. Os dados empíricos foram analisados em categorias e os resultados apontaram que estas/es usuárias/os não percebem gozar dos seus direitos sexuais e reprodutivos de maneira adequada, e que sua saúde sexual não está sendo respeitada como um todo, o que é parcialmente corroborado pelas/os trabalhadoras/es do serviço de saúde, que relatam fazer o seu melhor para tratar a todas/os com equidade.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Gênero e saúde; LGBT; Política de saúde; Saúde sexual e reprodutiva.

## ABSTRACT

This work aims to understand the perceptions and attitudes of users belonging to groups with no majority affective-sexual orientation and of professionals working on the provision of public health services related to health and sexual and reproductive rights, topics discussed by multiple instances of national and international bodies, and individuals touched by the theme, understanding that all persons are entitled to information and qualified services on the choice of having children or not and of enjoying a healthy sex life. These policies often turn on a traditional family model consisting of a woman and a man, focusing on the generation of daughters and sons as the main object of action, which does not meet all segments of society, regardless of gender identity or affective-sexual orientation. A qualitative approach based on Critical Discourse Analysis was used, based on the technique of focus groups consisting of professionals and users of the public health service, who discussed about their perceptions and attitudes about the care provided to the LGBT community in the city of Montes Claros - MG. Empirical data were analyzed in categories and the results indicated that these users do not notice that they enjoy their sexual and reproductive rights properly, and feel their sexual health is not respected as a whole, which is partially supported by health service workers, who report doing their best to treat everyone with equity.

**Keywords:** Gender and health; Health politics; LGBT; Sexual and reproductive health; Sexual and reproductive rights.

## SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	3
2 OBJETIVOS.....	8
2.1 Objetivo Geral .....	8
2.2 Objetivos Específicos .....	8
3 METODOLOGIA .....	9
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS .....	13
4.1 ARTIGO.....	14
4.2 APRESENTAÇÃO EM EVENTO - PÔSTER 1 .....	41
4.3 APRESENTAÇÃO EM EVENTO - PÔSTER 2 .....	42
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	43
REFERÊNCIAS .....	44
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	45



## 1 INTRODUÇÃO

O atendimento em saúde a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT's acontece de maneira desigual, provocando discriminação e exclusão no processo relativo aos cuidados de saúde (BRASIL, 2010), tendo efeitos diretos sobre a forma com que esta população se sente acolhida pelas/os prestadoras/es de serviço público de saúde no Brasil.

Partindo-se de uma perspectiva mundial, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2014) apresenta a definição de saúde como "um estado de bem-estar social, físico e mental completo, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade", trazendo a saúde reprodutiva dentro deste contexto, relacionando-se a processos, funções e sistema reprodutivos referentes às pessoas em qualquer fase da vida. Considerar a responsabilidade, a segurança e a satisfação dos sujeitos com sua vida sexual e reprodutiva está na base da liberdade que se espera para conduzi-la (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014a).<sup>1</sup>

Assim, estão implícitos os direitos de mulheres e homens de serem informados a respeito de métodos de regulação de fecundidade que lhes sejam acessíveis e aceitáveis, além de lhes oferecer segurança e eficácia no acesso a serviços de saúde que sejam *apropriados* e que devam garantir uma possibilidade *aos casais* de terem um bebê saudável (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014a).<sup>2</sup>

O comitê da OMS sobre Gênero, Direitos Reprodutivos, Saúde Sexual e Adolescência visualiza um mundo no qual a discriminação e a violência inexistam e que quaisquer formas de definição dos indivíduos não lhes sejam motivo para qualquer tipo de diferenciação no que tange à informação de qualidade e prestação de serviços em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2013).

Os princípios de Yogiakarta, documento do ano de 2006 que versa sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação afetivo-sexual e identidade de gênero, trazem fundamentos e recomendações a todos os países signatários, tratando "de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero", o que se resume na seguinte afirmação: "Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem

---

<sup>1</sup> Todos os trechos em inglês foram traduzidos pelo autor.

<sup>2</sup> Grifos do autor.

discriminação por motivo de orientação afetivo-sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito" (CORRÊA; MUNTARBHORN, 2013, p. 8).

Ao se tomar como parâmetro a perspectiva ampliada de saúde, conforme afirma a Constituição Brasileira de 1988, não se pode considerar a atenção à saúde de LGBT's apenas como um item epidemiológico. Conforme a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, de 2012, o atendimento humanizado e acolhedor é direito de todas e todos, sendo direito de qualquer um/a ter atendimento "livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência (BRASIL, 2012a, p. 13)

Reivindica-se a democratização dos direitos sexuais e reprodutivos da comunidade LGBT a partir da dissociação destes dos direitos das mulheres, pois tal concepção advém de uma lógica heteronormativa<sup>3</sup> que, geralmente, se traduz pelo desejo de ter filhos como uma reivindicação que faz parte da seara destes direitos, tanto na área jurídica como na saúde pública, mas há reflexões no campo das ciências sociais de que os discursos normativos acerca da sexualidade, no que tange à família e à reprodução, trazem, de maneira quase óbvia, o modelo de núcleo conjugal heterossexual, conforme destacados nos supracitados documentos.

Hoje em dia, diante das transformações resultantes em e dos novos arranjos familiares, a partir das diversas identidades sexuais reconhecidas em larga escala, deve-se considerar uma nova configuração de valores, em que paternidade e maternidade também convivam com a questão da homossexualidade e de outras realidades de cunho de orientação afetivo-sexual, fugindo ao padrão outrora vigente, como as questões relativas à adoção por casais hetero ou homossexuais e à filiação unissexual das inseminações artificiais. (VARGAS; MOÁS, 2013)

Um aspecto que deve ser levado em consideração é a própria formação dos profissionais que atuam nos serviços de cuidado em saúde. Marques, Oliveira e Nogueira (2013) apontam, a partir de compilação de resultados de várias pesquisas sobre atendimento em saúde a lésbicas, que as competências de comunicação destas/es trabalhadoras/es deveriam basear-se na utilização de ferramentas tais como uma linguagem neutra e não discriminatória, que não faça

---

<sup>3</sup> Os termos *heteronormativa/o*, *heteronormatividade*, bem como as expressões *heterossexualidade dominante e normas heterossexuais hegemônicas* são utilizados de maneira intercambiável durante o texto, por pertencerem a um mesmo universo semântico, representando o universo heterossexual paradigmático na sociedade.

presunções infundadas sobre comportamentos e necessidades das utentes, a fim de criar um clima de confiança. As/os autoras/es também sugerem a necessidade do conhecimento de algumas práticas sexuais e terminologia específica para alcançar as necessidades particulares destas usuárias do serviço de saúde.

A falta de preparação das/os profissionais que é percebida no Brasil não é muito diferente do que se vê no exterior. Formby (2011), ao estudar o atendimento prestado pelo Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha (NHS), não se surpreendeu com a falta de informação e de aconselhamento adequado quanto às necessidades de mulheres lésbicas participantes de sua pesquisa: "cerca de dois terços das participantes não acharam fácil encontrar muita ou qualquer informação relevante sobre sexo e relações entre mulheres" (p. 1170).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é o documento regulador que objetiva executar o atendimento específico a esta população no Sistema Único de Saúde – SUS, sendo de caráter transversal, abrangendo todas as áreas do Ministério da Saúde, "tais como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado" (BRASIL, 2010, p. 2).

Esta política tem o propósito de buscar garantias de que o atendimento prestado pelo SUS aconteça indiscriminadamente, respeitando orientação afetivo-sexual e percepções de gênero, acolhendo os usuários de acordo com o disposto na Lei 8080/90 que, em seu artigo 7º, inciso IV, determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem obedecer aos princípios de "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie". Desta forma, as consequências dos processos discriminatórios estão alcançando o próprio sistema de saúde nacional (CARRARA; RAMOS, 2005).

A existência de tal política advém da demanda de tratamento que leve em conta as especificidades da população LGBT, prestando-lhe o acolhimento que convenha com a sua realidade, com o devido respeito à igualdade que é previsto na Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que determina em seu artigo 5º que "todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza", fundamentando-se na cidadania e na dignidade da pessoa humana, conforme o artigo 1º, incisos II e III (BRASIL, 2013, p. 5). O texto constitucional ainda determina em seu artigo 196 que a saúde "é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 2013, p. 33)

Outro marco legal se coloca na Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, revogando a Portaria Nº 1.707, do ano de 2008. Este documento, em seu art. 2º, inciso II, define a Atenção Básica como porta de entrada da/o travesti ou transexual que desejar assistência terapêutica, garantindo-lhe integração com os demais serviços e determinando o acolhimento e a humanização do atendimento como livre de discriminação, através de sensibilização das/os trabalhadoras/es "e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana" (BRASIL, 2013a).

Destarte, entende-se uma política nacional de saúde que respeite e englobe a todos, independentemente das diferenças de qualquer natureza, e que enfrente todo tipo de discriminação e exclusão social, o que implica promover a democracia social e a ampliação da consciência sanitária em defesa do direito à saúde e dos direitos sexuais em si como componentes fundamentais do estado de saúde (BRASIL, 2010, p. 5).

O acolhimento, tido como relevante diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2006), advém de um agir ético que acolhe o sujeito em suas diferenças e modos de viver, expressando-se em uma ação de aproximação, como atitude de inclusão, que interfere positivamente na prestação do serviço em saúde, tornando os sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde como protagonistas deste encontro promotor de saudabilidade. Este processo possibilita a análise da escuta e produção de vínculo como ação terapêutica, em busca da humanização nas relações em serviço e da melhoria da qualidade das ações de saúde (BAHIA, 2005).

Pinheiro (2010) faz apontamentos a partir de estudos conduzidos com equipes de Estratégia Saúde da Família - ESF que sinalizariam posturas profissionais "de discriminação que acabam por restringir o acesso ao serviço e gerar dificuldades no atendimento de pessoas com condutas sexuais marginalizadas" (p. 99), em consonância com o que assinala Lionço (2008), que sustenta que "o preconceito de profissionais sobre as práticas sexuais e sociais de GLBT (*sic*) acarreta na desqualificação da atenção dispensada a essa população" (p. 15), acabando por configurar uma percepção da dificuldade sentida pela comunidade lésbica, por exemplo, de encontrar acolhimento apropriado nos serviços de saúde.

O dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas, da Rede Feminista de Saúde (BARBOSA; FACCHINI, 2006, p. 23-24), afirma que "a invisibilidade e a ausência de políticas adequadas afetaria os profissionais e serviços de saúde que, na ausência de informações sobre essa

população, agiriam a partir de estereótipos socialmente disseminados", causando às utentes o afastamento do serviço, bem como a resistência em relatar aos profissionais que lhes atendem questões relativas à sexualidade.

Tal desconhecimento é corroborado pelo que trazem, anos mais tarde, a pesquisa de Melo (2010), que apontam atitudes de aceitação, tolerância e rejeição por parte dos profissionais da saúde com relação ao público LGBT, sendo esta última atitude exemplificada por se achar que há algo errado ou anormal em tal condição, ou tendendo a considerar as expressões sexuais diferentes da heterossexualidade como decorrentes "de uma história familiar desagradável" em que, muitas vezes, se entende a homossexualidade como "uma espécie de castigo" ao qual são condenadas a família e, conseqüentemente, a sociedade, por não terem sido vigilantes ou por terem permitido que tal questão se afluísse (MELO, 2010, p. 94-95).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção e as atitudes de usuários/as pertencentes a grupos com orientação afetivo-sexual discordante das normas heterossexuais hegemônicas na cidade de Montes Claros, MG, identificando o posicionamento e conhecimento dos/as profissionais atuantes acerca da prestação de serviços públicos de saúde relativos aos direitos sexuais e reprodutivos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a compreensão e atitude dos/das usuários/as da população de lésbicas e gays sobre a satisfação com os serviços de saúde pública, no que tange às especificidades desta comunidade, na cidade de Montes Claros, MG;
- Discutir acerca da compreensão e atitude dos/das profissionais sobre a qualidade da prestação dos serviços de saúde pública, no que se refere ao atendimento a lésbicas e gays.

### 3 METODOLOGIA

#### Desenho do estudo

Pesquisa de abordagem qualitativa baseada na Análise do Discurso Crítica, empregando-se a técnica de grupos focais constituídos por usuários e profissionais do serviço público de saúde, que discutiram a respeito de suas percepções e atitudes sobre o atendimento prestado à comunidade LGBT na cidade de Montes Claros – MG, tendo os dados empíricos sido analisados em categorias para cada um dos grupos.

A pesquisa qualitativa é baseada em esquemas interpretativos que auxiliam na compreensão das narrativas dos atores e a compreensão das relações existentes entre eles e a situação em questão (BAUER; GASKEL, 2007).

A análise dos dados empíricos consistiu na transcrição do material gravado, interpretação dos dados sistematizada por meio da leitura repetida e aprofundada do material, buscando identificar as correlações entre as falas e o objeto de investigação do estudo, tendo como referência a análise do discurso (MINAYO, 2010). Esta é uma metodologia de análise que busca compreender a organização e as formas de produção social dos sentidos como construção social de compreensão de fenômenos e situações (SPINK, 2010).

Em uma segunda fase, os dados foram interpretados à luz da Análise do Discurso Crítica (ADC), proposta por Fairclough (2001), que considera a análise textual (descrição), a interpretação (prática discursiva) e a fase interpretativa que envolve o discurso como prática política e ideológica. Esta abordagem baseia a construção de identidades sociais a partir do discurso, através da forma em que este contribui para o processo de estagnação ou mudanças sociais que se associam a domínios e instituições, materializando ideologias.

A técnica de grupos focais permite a existência de um ambiente mais natural e holístico em que os pontos de vista dos/das participantes são considerados pelos/as outros/as na formulação de suas respostas, com comentários sobre suas próprias experiências e a dos outros (BAUER; GASKEL, 2007, p. 76).

## **População**

Um grupo foi formado por 12 usuários/as do serviço, universitárias/os ou graduadas/os, alocadas/os na ONG MGG – Movimento Gay dos Gerais<sup>4</sup>, que se dedica à comunidade LGBT. O outro grupo foi formado por 12 profissionais da saúde pública, prestadoras/es de serviços em uma Estratégia Saúde da Família.

## **Critérios de inclusão**

*Grupo 1, de usuários/as do serviço:*

- Participar da ONG MGG ou ser convidado/a de um de seus membros;
- Autodeclarar-se lésbica ou gay; e

*Grupo 2, de trabalhadores do serviço:*

- Trabalhar como prestador/a de serviço público de saúde na ESF da Vila Telma, na cidade de Montes Claros – MG.

## **Critério de exclusão**

*Grupo 1, de usuários/as do serviço:*

- Ser menor de idade.

---

<sup>4</sup> O MGG é uma ONG que presta serviço à comunidade LGBT na cidade de Montes Claros, MG, que busca combater manifestações de discriminação por orientação sexual, promover assistência social, defender os direitos humanos e promover a autoestima dentro da comunidade homossexual. (MGG, 2016)



## **Produção dos dados empíricos**

Como estratégia de trabalho, os dois grupos focais foram realizados em momentos separados, quando seus membros discutiram a respeito das percepções e atitudes relativas à prestação de serviço público no âmbito sexual e reprodutivo, a partir das perguntas norteadoras que se seguem. As discussões dos grupos foram gravadas, mediante o consentimento dos/as entrevistados/as, que receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que explica todos os passos da pesquisa, bem como seus objetivos, benefícios, riscos e danos. As gravações foram posteriormente transcritas, referindo-se aos participantes a partir de iniciais fictícias, para preservação de suas identidades.

## **Instrumentos**

As perguntas norteadoras da discussão foram as seguintes:

### *Grupo 1, de usuários/as do serviço:*

1. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública na cidade de Montes Claros, de modo geral?
2. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública nesta cidade, levando em consideração a questão LGBT?
3. Vocês consideram que a saúde sexual de vocês é contemplada por este serviço? Por quê?
4. Que atitudes vocês normalmente têm diante deste serviço?

### *Grupo 2, de trabalhadores/as do serviço:*

1. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública na cidade de Montes Claros, de modo geral?
2. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública nesta cidade, levando em consideração as questões de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)?

3. Vocês consideram que a saúde sexual da comunidade LGBT é contemplada por este serviço? Por quê?
4. Que atitudes vocês normalmente têm diante das questões específicas da comunidade LGBT na prestação deste serviço de saúde?

### **Aspectos éticos**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes para avaliação de sua viabilidade ética, tendo sido aprovado através do Parecer nº 911.597, em 11/12/2014. A pesquisa foi desenvolvida dentro dos preceitos éticos previstos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS / Ministério da Saúde.

## 4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

### 4.1 Artigo:

**Percepção de profissionais de saúde e membros da comunidade LGBT acerca do atendimento em saúde**, formatado segundo as normas para publicação no periódico **Sexualidad, Salud y Sociedad**, ISSN 1984-6487.

### 4.2 Apresentação em Evento - Pôster 1:

**Heteronormatividade, direitos sexuais e cuidado primário em saúde: desafios no atendimento à comunidade LGBT**, no IV Congresso Internacional de História – Cultura, Sociedade e Poder, da Universidade Federal de Goiás – UFG, na cidade de Jataí – GO, em 25 de setembro de 2014.

### 4.3 Apresentação em Evento - Pôster 2:

**Percepção de profissionais de saúde e de gays e lésbicas acerca do atendimento em saúde**, no IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão – FEPEG, da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, na cidade de Montes Claros – MG, em 26 de setembro de 2015.

## 4.1 ARTIGO

# PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E MEMBROS DA COMUNIDADE LGBT ACERCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

Worney Ferreira de Brito

Lúcia Helena Rodrigues Costa

## RESUMO

Este artigo visa a descrever a percepção e as atitudes de usuárias/os LGBT e profissionais da atenção em saúde acerca desta prestação de serviço. O método qualitativo adotado para tratamento dos dados foi a Análise do Discurso Crítica - ADC, utilizando-se a técnica de grupos focais formados por usuárias/os e profissionais que separadamente produziram dados que foram agrupados em categorias de análise. Os resultados demonstram que as/os usuárias/os não se sentem contempladas/os pelo sistema público quanto a sua saúde sexual e a seus direitos sexuais e reprodutivos, o que é parcialmente corroborado pelas/os profissionais, que percebem não haver orientações específicas na área, ainda que busquem trabalhar de modo equânime. Espera-se que esta discussão permita a ambos os grupos refletir sobre direitos e deveres, independentemente das particularidades das pessoas atendidas.

Palavras-chave: Direitos sexuais e reprodutivos; Gênero e saúde; LGBT; Política de saúde; Saúde sexual e reprodutiva.

## ABSTRACT

This work aims to describe the perceptions and attitudes of LGBT users and health care professionals about this service provision. The qualitative methodology adopted for data treatment was the Critical Discourse Analysis - CDA, by means of the technique of focus groups composed by users and professionals who separately produced data which were assembled in categories of analysis. The results show that these users do not feel included in the public system regarding their sexual health and sexual and reproductive rights, what is partially supported by these workers, who notice the lack of specific guidance in the area, although they still seek to work in equanimity. It is hoped that this discussion will allow both groups to reflect upon rights and duties, regardless of the peculiarities of the people served.

Keywords: Gender and health; Health policies; LGBT; Sexual and reproductive health; Sexual and reproductive rights.

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta como deve ser o trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, que devem oferecer à/ao cidadã/o um atendimento integrado em ações que consideram o seu bem-estar, com foco nas famílias e nas comunidades, devendo atuar como primeiro ponto de contato entre o sujeito e o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios "da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (Brasil, 2012b, p. 9).

Os direitos sexuais e reprodutivos têm sido discutidos por organismos nacionais e internacionais e em grupos mais restritos a partir do entendimento de que todas/os têm direito à informação e a serviços de qualidade quanto à escolha de se ter ou não filhos e de se usufruir de uma vida sexual saudável. Neste sentido, a Plataforma de Ação da IV Conferência Internacional sobre a Mulher de 1995, em Pequim, define em seu parágrafo 96 que as mulheres têm, em pé de igualdade com os homens, direito ao controle sobre sua sexualidade e à livre decisão sobre tais questões, no que se refere a respeito, consentimento e à responsabilidade comum pelo comportamento sexual, bem como de suas consequências (Organização das Nações Unidas, 1995).

Os princípios de Yogiakarta, documento do ano de 2006 que versa sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação afetivo-sexual e identidade de gênero, trazem fundamentos e recomendações vinculantes a todos os países signatários, incluindo o Brasil. Trata-se "de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação afetivo-sexual e identidade de gênero" (Corrêa & Muntarhorn, 2013, p. 8), o que se resume na afirmação de que "Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero (Corrêa & Muntarhorn, 2013, p. 8), sendo a saúde sexual e reprodutiva um aspecto fundamental relativo a esse direito.

Ao se tomar como parâmetro a perspectiva ampliada de saúde, como afirma a Constituição Brasileira de 1988, não se pode considerar a atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT's) apenas como um item epidemiológico. A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2012a, p. 13) afirma, em seu art. 4º, que "Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor", independentemente de características como "orientação sexual" ou "identidade de gênero".

A partir desse modelo, heterossexual e tradicional, traduz-se o desejo de ter filhos como uma reivindicação relativa aos direitos sexuais e reprodutivos, tanto na área jurídica como na saúde pública. No entanto, há reflexões nas ciências sociais e humanas de que os discursos acerca da sexualidade, no que tange à família e à reprodução, também seguem o paradigma heteronormativo<sup>5</sup> presente nestes documentos. Não obstante, hoje em dia, diante das transformações resultantes em e dos novos arranjos familiares, a partir das diversas identidades sexuais reconhecidas, deve-se considerar uma nova configuração de valores. Nesta conformação contemporânea, paternidade e maternidade também convivem com a questão da homossexualidade e de outras realidades quanto à orientação afetivo-sexual, fugindo ao padrão outrora vigente, como nas questões relativas à adoção por casais hetero ou homossexuais e à filiação unissexual das inseminações artificiais (Vargas & Moás, 2013).

Assim, estão implícitos os direitos de homens e mulheres de serem informados a respeito de métodos de regulação de fecundidade que lhes sejam acessíveis e aceitáveis, além de lhes oferecer segurança e eficácia no acesso a serviços de saúde *apropriados* e que devem garantir uma possibilidade *aos casais* de terem um bebê saudável<sup>6</sup> (Vargas & Moás, 2013).

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a própria formação dos profissionais que atuam nos serviços de cuidado em saúde. Marques et al. (2013) apontam, a partir de compilação de resultados de várias pesquisas sobre

---

<sup>5</sup> Os termos *heteronormativa/o* e *heteronormatividade*, bem como as expressões *heterossexualidade dominante* e *normas heterossexuais hegemônicas*, são utilizados de maneira intercambiável durante o texto, por pertencerem a um mesmo universo semântico, representando universo heterossexual paradigmático na sociedade.

<sup>6</sup> Grifos dos autores.

atendimento em saúde a lésbicas, que as competências de comunicação destas/es trabalhadoras/es deveriam basear-se na utilização de ferramentas tais como uma linguagem neutra e não discriminatória, que não faça presunções infundadas sobre comportamentos e necessidades das utentes, a fim de criar um clima de confiança. As/os autoras/es também sugerem a necessidade do conhecimento de algumas práticas sexuais e terminologia específica para alcançar as necessidades particulares destas usuárias do serviço de saúde.

A falta de preparação das/os profissionais que é percebida no Brasil não é muito diferente do que se vê no exterior. Formby (2011), ao estudar o atendimento prestado pelo Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha (NHS), não se surpreende com a falta de informação e de aconselhamento adequado quanto às necessidades de mulheres lésbicas participantes de sua pesquisa: "cerca de dois terços das participantes não acharam fácil encontrar muita ou qualquer informação relevante sobre sexo e relações entre mulheres" (p. 1170).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2010) é o documento regulador que objetiva especificar o atendimento a esta população pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Ela é de caráter transversal e abrange todas as áreas do Ministério da Saúde, "tais como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado" (Brasil, 2010, p. 2). Esta política tem o propósito de buscar garantias de que o atendimento prestado pelo SUS aconteça indiscriminadamente, respeitando orientação afetivo-sexual e percepções de gênero, acolhendo os usuários de acordo com o disposto na Lei 8080/1990 que, em seu artigo 7º, inciso IV, determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem obedecer aos princípios de "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (Brasil, 1990, p. 4). Desta forma, as consequências dos processos discriminatórios estão alcançando o próprio sistema de saúde nacional (Carrara & Ramos, 2005) ao não considerarem a questão igualitária de forma extensiva a todos os cidadãos, neste caso, por questões que se referem ao seu gênero ou à

sua sexualidade, sendo todos iguais, conforme reza a Constituição (Brasil, 2013b, p. 5).

Outro marco legal se coloca na Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, revogando a Portaria Nº 1.707, do ano de 2008 (Brasil, 2013a). Este documento, em seu art. 2º, inciso III, define a Atenção Básica como porta de entrada da/o travesti ou transexual que desejar assistência terapêutica, garantindo-lhe integração com os demais serviços e determinando o acolhimento e a humanização do atendimento como livre de discriminação, por meio da sensibilização das/os trabalhadoras/es "e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana".

Pinheiro (2010) apresenta estudos com equipes de ESF que apontam para posturas profissionais "de discriminação que acabam por restringir o acesso ao serviço e gerar dificuldades no atendimento de pessoas com condutas sexuais marginalizadas" (p. 99). Lionço (2008) indica o mesmo ao afirmar que "o preconceito de profissionais sobre as práticas sexuais e sociais de GLBT (*sic*) acarreta na desqualificação da atenção dispensada a essa população" (p. 15), acabando por configurar uma percepção da dificuldade sentida pela comunidade lésbica, por exemplo, de encontrar acolhimento apropriado nos serviços de saúde no Brasil.

Este desconhecimento é corroborado pelo que trazem, anos mais tarde, as pesquisas de Melo (2010), que apontam atitudes de aceitação, tolerância e rejeição por parte dos profissionais da saúde com relação ao público LGBT, sendo esta última atitude exemplificada por se achar que há algo errado ou anormal em tal condição, ou tendendo a considerar as expressões sexuais diferentes da heterossexualidade como decorrentes "de uma história familiar desagradável" em que, muitas vezes, se entende a homossexualidade como "uma espécie de castigo" ao qual são condenadas a família e, conseqüentemente, a sociedade, por não terem sido vigilantes ou por terem permitido que tal questão se aflorasse. (Melo, 2010, p. 94-95)



Neste sentido, o objetivo geral deste trabalho foi compreender a percepção de usuárias/os pertencentes a grupos com orientação afetivo-sexual diferentes da heterossexualidade dominante e das/os profissionais de saúde acerca da prestação de serviços públicos relativos à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos na cidade de Montes Claros, MG. Como objetivos específicos, buscou-se identificar a compreensão e atitude de usuárias/os lésbicas, gays e bissexuais sobre a satisfação com os serviços de saúde pública, no que tange às especificidades desta população<sup>7</sup>; e discutir acerca da compreensão e atitude dos/das profissionais sobre a qualidade da prestação dos serviços de saúde pública, no que se refere ao atendimento a lésbicas, gays e bissexuais.

## **METODOLOGIA**

Definiu-se como metodologia para esta pesquisa de abordagem qualitativa a Análise do Discurso Crítica (ADC), proposta por Fairclough (2001), que considera a análise textual (descrição), a interpretação (prática discursiva) e a fase interpretativa que envolvem o discurso como prática política e ideológica. Esta abordagem baseia a construção de identidades sociais a partir do discurso, através da forma em que este contribui para o processo de estagnação ou mudanças sociais que se associam a domínios e instituições, materializando ideologias.

A pesquisa qualitativa é baseada em esquemas interpretativos que auxiliam na compreensão das narrativas dos atores e a compreensão das relações existentes entre eles e a situação em questão (Bauer & Gaskel, 2007).

Empregou-se a técnica de grupos focais constituídos por usuários e profissionais do serviço público de saúde, que discutiram a respeito de suas percepções e atitudes sobre o atendimento prestado à comunidade LGBT na cidade de Montes Claros, MG. Esta técnica permite a existência de um ambiente

---

<sup>7</sup> A população LGBT é composta por pessoas com orientações e identidades afetivo-sexuais e emocionais diversas. No entanto, neste trabalho, optou-se pelo recorte da percepção de lésbicas, gays e bissexuais, já que a questão identitária de travestis e transexuais permitiria, por si mesma, outros estudos.

menos artificial e mais holístico em que os pontos de vista das/os participantes são considerados pelas/os outras/os na formulação de suas respostas, com comentários sobre suas próprias experiências e a das/os outras/os (Bauer & Gaskel, 2007), com o compartilhamento de significantes.

Houve a transcrição do material gravado, com interpretação dos dados sistematizada por meio da leitura repetida e aprofundada do material, buscando identificar as correlações entre as falas e o objeto de investigação do estudo, tendo como referência a análise do discurso (Minayo, 2010). Esta é uma metodologia de análise que busca compreender a organização e as formas de produção social dos sentidos como construção social de compreensão de fenômenos e situações (Spink, 2010).

## **PRODUÇÃO DE DADOS EMPÍRICOS**

A população pesquisada foi formada por um grupo de 12 usuárias/os do serviço de saúde, universitárias/os ou graduadas/os, alocadas/os em na ONG MGG – Movimento Gay dos Gerais<sup>8</sup>, e o outro grupo foi composto por 12 profissionais da saúde pública, membros da equipe básica de uma Estratégia Saúde da Família.

Para a produção de dados empíricos, os dois grupos focais foram realizados em momentos separados, quando seus membros discutiram sobre o foco da pesquisa, a partir das perguntas norteadoras que se seguem. As discussões dos grupos foram gravadas, mediante o consentimento das/os entrevistadas/os, que receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, sob o parecer nº 911.597, em 11/12/2014.

As perguntas norteadoras da discussão foram:

---

<sup>8</sup> O MGG é uma ONG que presta serviço à comunidade LGBT na cidade de Montes Claros, MG, que busca combater manifestações de discriminação por orientação sexual, promover assistência social, defender os direitos humanos e promover a autoestima dentro da comunidade homossexual. (MGG, 2016)

Para o Grupo 1, de usuárias/os do serviço:

1. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública na cidade de Montes Claros, de modo geral?
2. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública nesta cidade, levando em consideração a questão LGBT?
3. Vocês consideram que a saúde sexual de vocês é contemplada por este serviço? Por quê?
4. Que atitudes vocês normalmente têm diante deste serviço?

Para o Grupo 2, de trabalhadoras/es do serviço:

1. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública na cidade de Montes Claros, de modo geral?
2. Como vocês percebem a prestação de serviços de saúde pública nesta cidade, levando em consideração as questões de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)?
3. Vocês consideram que a saúde sexual da comunidade LGBT é contemplada por este serviço? Por quê?
4. Que atitudes vocês normalmente têm diante das questões específicas da comunidade LGBT na prestação deste serviço de saúde?

## **DISCUSSÃO E PRODUÇÃO DE DADOS EMPÍRICOS**

Na sequência, apontam-se as principais categorias de análise emergentes nesta pesquisa, apresentadas com algumas falas de usuárias/os e profissionais que possibilitaram a percepção de tais categorias.

## Usuárias/os

A percepção das/os usuárias/os acerca do serviço de saúde tem características de aceitação, perpassa a dificuldade em se externar sua orientação afetivo-sexual e refere-se a questões de acesso a informação e preparação para o atendimento em saúde.

### 1. Aceitação do serviço de saúde

A prestação de serviço em saúde em Montes Claros é avaliada como regular pelo grupo de usuárias/os LGBT. Apesar de conseguirem perceber características do seu funcionamento precário, elas/es analisam o atendimento em saúde como falho. As falas abaixo reproduzem o que é vigente a respeito do sistema.

*W: Pelo menos todas as vezes que eu fui atendido no serviço público, ele sanou os meus problemas, mas com uma certa demora. Mas sanar o meu problema ele sanou.*

Este excerto permite analisar que, mesmo com expectativas negativas a respeito do nível do serviço de saúde prestado no Brasil, o fenômeno conhecido na literatura como "elevação" (Moimaz et al., 2010) faz com que o sujeito expresse a sua opinião como satisfatória, de modo oposto ao esperado. Tal reação parece ser conformista em relação à qualidade do serviço, pois o sujeito se resvala no fato de ter tido seu problema sanado, o que permite diminuir a negatividade da avaliação do serviço, conforme se impressionou U.:

*U: (...) aí eu até impressionei pela agilidade né, foi super-rápido, foi exame mais rápido pra pegar o resultado, e se precisasse voltar de novo poderia voltar, um atendimento supertranquilo, então, nesse momento, eu percebi uma agilidade*

*que eu fiquei surpreso até. A gente nem espera isso mais né, a gente tem uma certa dificuldade, ou está tão estagnando que espera que não vai resolver.*

A fala seguinte é de uma usuária que se posiciona de modo diferente ao acima exposto e ao que é apresentado nos estudos de Oliveira e Silva (2010), que destaca a valorização do SUS, apesar do posicionamento midiático que lhe ronda.

**D:** *Eu tenho experiências ruins. Ainda bem que eu nunca precisei daqui, porque toda vez que eu adoeci, eu tava na minha cidade de origem.*

Parece haver, portanto, aceitação, ainda que em parte, do serviço que é oferecido, apesar de o discurso ter tons de politicamente correto. Outra questão que se coloca é relativa ao fato de parecer não haver diferença significativa entre a avaliação do serviço em geral pelas/os LGBT's, da mesma forma que membros de outros grupos populacionais majoritários (Oliveira e Silva, 2010), como se aquelas/es não se submetessem a questões discriminatórias como as abordadas neste trabalho.

## 2. Dificuldade em externar orientação afetivo-sexual

Outra questão que se repete na fala das/os usuárias/os do serviço de saúde é a maneira como percebem a necessidade de externarem ou não a sua orientação afetivo-sexual nos momentos de atendimento. Valadão e Gomes (2011) apontam que os profissionais, de modo geral, não estimulam as pacientes a verbalizar sua orientação afetivo-sexual quando buscam por assistência, impossibilitando um atendimento seguro e de qualidade, produzindo exclusão e violência simbólica. Tal receio também se apresenta neste estudo, conforme o que se segue:

**D:** *No meu caso, eu não falei. É, eu tô com um problema aí, na primeira médica que eu fui, é... Ela tava somente sacando que eu tava grávida, grávida, grávida. Aí minha mãe falou assim: “Doutora, não tem como!”. E ela: “Por quê? Ela não pode engravidar?”; “Não, porque ela é lésbica!”. Aí, eu olhei pra mãe assim,*

*olhei pra médica, a médica deu um sorrisinho e eu fui tratada normal. Eu não tive diferença.*

O fato de D. ser lésbica parece que não foi considerado pela médica em momento algum, e talvez a própria usuária não responderia de modo tão direto quanto sua mãe. Pode-se compreender que a revelação da orientação é feita por parte do sujeito em busca de algo que deveria ter sido perguntado pela profissional, e não o contrário. Novamente, percebe-se uma reprodução do tabu existente na sociedade sobre se ter uma orientação afetivo-sexual diferente da heterossexual, conforme o que afirma Almeida (2009, p. 322), que aponta a dificuldade de a maioria das/os ginecologistas em "proporcionar um ambiente adequado à revelação dos comportamentos sexuais" das pacientes. Tais dados se comparam aos de pesquisas realizadas na Guatemala (Boyce et al., 2012), que revelam a experiência de discriminação, violação de sigilo e desconfiança em relação a jovens homossexuais masculinos na procura por serviços públicos de saúde, no mesmo sentido que a fala a seguir:

**N:** *Eu acho assim, que a gente percebe que a ideia de que o grande disseminador de DST é o público GLBT.*

Estes dados permitem que se depreenda certo grau de insegurança sentido pelo sujeito estigmatizado com relação à forma com que os ditos normais o recebem e identificam (Goffman, 2008), pois o estigma permanece presente na vida da/o homossexual na esfera da atenção em saúde, seara em que não caberia acontecer.

Além do ora exposto, parece haver um entendimento por parte das/os usuárias/os de que as/os prestadoras/es de serviço nem sempre conseguem aproximar-se das questões levadas por aquelas/es de modo a abarcar por completo o que seria entendido como saúde sexual e reprodutiva, de acordo com a definição ampliada aqui já mencionada.

Os estudos de Almeida (2009) corroboram a percepção de usuárias/os de que as/os médicas/os do serviço público estão despreparadas/os para tratar de questões relativas à sexualidade em geral, e não somente à homossexualidade,

menosprezando informações de ordem subjetiva ou mesmo ignorando recomendações técnicas e estratégias de prevenção acerca de práticas sexuais. Tal percepção também causa desconforto ou impedimento para que as/os homossexuais externem sua orientação afetivo-sexual por terem receio quanto à quebra de sigilo com relação a tal questão ou do julgamento da/o prestador/a de serviço:

**B:** *No meu caso, é... Eu sou bissexual, e, é... Eu não falei também, na verdade a gente não se sente a vontade pra falar, e, é... No caso de testagem de DST, esses trem, eles são mais preparados pra isso. Cê chega lá, não precisa nem falar às vezes e só preenche. E qualquer dúvida que você tenha, eles mais ou menos né, no caso sou bi né, então já tive relação com mulher, então pra questão né, como prevenir DST, muita gente não sabe como explicar isso, como fazer. (...) Cê não se sente realmente à vontade pra poder falar que lésbica, que é gay, que é bi. Então, também, porque, essa médica, ela é amiga da família. Então fica com medo também, da questão do sigilo, se ela vai contar pra sua família. Se ela já estranhou, se ela já teve essa estranheza na questão da prática sexual, imagina o que ela vai falar da sua orientação sexual.*

Mais uma vez a participante não externa suas preferências sexuais, pois teme que sua condição seja desvelada junto a sua família, e também, apesar de entender que poderia ser importante (avaliação que caberia à/ao profissional médica/o), omite tal informação, como se o que sentisse ou como agisse, sexualmente, pudesse ser visto como errado. Brown et al. (2014) afirmam que o assumir-se é avaliado diante de cada profissional que atende um/a homossexual, dependendo dos espaços em que a/o ginecologista transite, com relação à família ou o trabalho da usuária.

Mas as/os usuárias/os também parecem reconhecer sua responsabilidade diante da questão:

**B:** *É... é exatamente isso, ir lá e cobrar os direitos, mas se você não pode falar, se você não pode se posicionar, e essa visibilidade toda que cê tá fazendo isso.*

*(...) Poder fazer nossos direitos, a gente é silenciado, “Não é mentira, se te fazem mentir.” (...) Então cê tá engessado naquilo ali, acham que é assumindo.*

Falas como esta demonstram o atravessamento que se coloca em membros da comunidade LGBT que, mesmo inconformados, acabam se vendo impossibilitados de se manifestar adequadamente em razão do preconceito vigente.

### 3. Acesso à informação

As/os usuárias/os que participaram do grupo focal também fizeram observações a respeito de suas percepções sobre a falta de informação e de preparação de várias/os profissionais quanto à prestação de serviços em saúde, conforme se segue:

**O:** *Mas agora, pensando em atendimento de saúde pública, eu acho que falta muito uma articulação, tá tudo muito solto. Por exemplo, é muito comum cê chegar no hospital e tá lotado, mas existem outros serviços que poderiam atender aquelas pessoas, e que as vezes as pessoas nem sabem que existem e que podem atendê-las.*

Nota-se também que, no caso da prestação de serviço específico a LGBT's, há uma falta de preparação para o atendimento a este público em particular, no caso dos serviços não especializados. Para as/os usuárias/os, o preconceito pode estar relacionado a tal fato, conforme afirmam Cerqueira-Santos et al. (2010), em estudo que aponta os serviços especializados como positivamente mais flexíveis.

**C:** *Pelo menos no centro de testagem que eu fui, fui bem recebido e sanado as dúvidas com relação, foi bem tranquilo.*

Há, portanto, uma luz em atendimentos específicos, nos quais um/a homossexual pode-se sentir bem atendida/o. Neste mesmo sentido, Mello et al. (2011) apontam que os planos e programas de saúde pública para LGBT's têm



mostrado a necessidade de sensibilização de outros profissionais da saúde para a prestação de atendimento não discriminatório.

**U:** *Eu vejo como um pouco de preconceito e de falta de informação também. É... O homossexual, por exemplo, as travestis, por exemplo, é muito ligado a prostituição. O gay é ligado a algo... pecaminoso. (...) Não, não quero, é ruim falar isso, mas parece que as pessoas ainda têm isso. De achar que nada... E é safadeza deles, tem nada disso não, tá cheio de médico no hospital, pra que que viado quer ir? Deixa eles lá, doente lá.*

Se a orientação afetivo-sexual está ligada a pecado e a proliferação de doenças (Cunha & Gomes, 2015), as/os usuárias/os entendem que precisariam resguardar-se tendo informações mais precisas sobre suas questões, o que, no entanto, não é encontrado nas/os prestadoras/es de serviço.

**B:** *E o que a gente procura é exatamente uma informação que seja simples, esse é o correto. O profissional mesmo, cê vai consultar e não tem essa informação, aí, igual mesmo à questão da mulher [homossexual], no caso sempre é muito mais focado no gay. Aí sendo mulher, cê vai lá e pergunta: “Como eu vou prevenir DST?” Ninguém sabe exatamente como é que é. Ai cê vai lá e caça na internet, mas não é a informação correta que um profissional às vezes tem.*

O discurso homofóbico estigmatizante (Goffman, 2008) traz insegurança ao sujeito, de quem se rouba o direito à saúde, e a quem cabe o silêncio histórico (Cunha & Gomes, 2015). Além do mais, ainda que façam parte de um mesmo grupo de alijadas/os do processo em função da heteronormatividade, lésbicas também são discriminadas frente aos gays, reproduzindo a misoginia existente na comunidade heterossexual, a partir de lógica e conteúdos falocêntricos no que tange à questão sexual (Cerqueira-Santos, 2010).

## Profissionais

Quanto às/aos profissionais do serviço em saúde, verificou-se um reforço do modelo instituído na saúde, de teor clínico, biomédico e acrítico (Silva Júnior & Alves, 2007), e de questões ligadas à própria percepção sobre a população LGBT e o acesso à informação sobre o SUS e a saúde como um todo.

### 1. Defesa do discurso instituído na saúde

Em várias situações durante o grupo focal realizado com as/os profissionais de saúde, pôde-se perceber o reforço ao modelo biomédico ali instituído, que é visto como positivo por estas/es trabalhadoras/es. Obviamente, há uma percepção voltada para as melhorias que vêm acontecendo, mas se pode perceber que isso é ainda incipiente:

*D: Em relação a 15 anos atrás, né, o PSF, eu acho que melhorou bastante, em relação à assistência que tem geral, (...) não é só doença, né, é o bem-estar da família, eu acho que o ESF é... a Estratégia de Saúde da Família veio ajudar muito, a mudança aconteceu mesmo.*

*B: É lógico que a gente tem que ter essa visão de sempre melhoria, né, de sempre buscar o melhor, mas se for, se for olhar pra trás, a gente tá bem.*

O que parece ser lógico pode ser o modo privilegiado de se conhecer a questão, a partir de uma prática discursiva que aponta para um posicionamento reflexivo de autoposicionamento (Spink, 2010) no qual a/o profissional de saúde vê o serviço de forma otimista, a fim de valorizar o que está fazendo, o serviço para o qual trabalha, em busca de autovalorização.

*C: Eu concordo também, eu acho que tem muita falha, muita deficiência, mas também tem muita coisa boa acontecendo que a população não reconhece. Só... eu tiro por mim assim, antes de eu trabalhar na área da saúde eu também só via o lado negativo das coisas, mas hoje a gente vê o tanto que funciona, o*

*tanto que tem coisa boa acontecendo e muitas vezes a comunidade não reconhece.*

Pode-se compreender que há um movimento em favor do próprio serviço, que acaba facilitando esta visão do instituído, mas que também faz parte do contexto real e das políticas realizadas na ponta, nos próprios serviços primários de saúde:

*L: E hoje tem, né, monitoramento de indicador, tem a vigilância sanitária, e isso desenvolve um bom trabalho (...). Um trabalho dentro de indicador de saúde, (...) e isso facilita, sim, com aquele resultado do que tá sendo atendido, do que tá sendo monitorado e isso nunca teve assim tão real quanto hoje, né.*

*M: Quem diria né que a gente ia ver assim uma realidade.*

A despeito da visão positiva ora exposta, vários obstáculos ao desenvolvimento integral do SUS ainda são enfrentados, apesar do avanço no campo da saúde pública. Para Fonseca et al. (2012), a consolidação de um sistema com tal complexidade precisa ser compreendida a partir de atividades educativas e estímulo ao controle social, questão considerada pelas/os trabalhadoras/es do serviço.

## 2. Percepção sobre LGBT's

Pode-se perceber, a partir dos excertos a seguir, que os profissionais têm resquícios do que a população em geral pensa a respeito de LGBT's, o que pode ser deduzido como carregado de preconceitos e ideias estereotipadas acerca da homossexualidade presentes no senso comum, inclusive com pausas em momentos nos quais caberia o uso de palavras como *gay* e *lésbica*, produzindo e reproduzindo sentidos advindos de "interlocutores cujas vozes se fazem presentes" (Spink, 2010), talvez denotando no discurso algo do que se pratica:

**R:** *Eu... eu... tô sem entender assim, eu tô até perguntando B. aqui, porque, assim, eu não sei quem é, a diferença, assim... não... num consigo, entendeu? Assim... mais, quem é lésbica? Não sei.*

**C:** *Você não sabe as pessoas... não sabe identificar... só se a pessoa falar... cê vai tratar ele diferente?*

Há, portanto, uma lógica de que a maneira como as pessoas se apresentam traria facilidade em se deduzir a sua orientação afetivo-sexual, a partir de um estereótipo negativo que é comum na sociedade (Cerqueira-Santos, 2010).

**R:** *Não... mas eu falo assim... eu tô querendo dizer... olha meu raciocínio... Tem uns que a gente percebe claramente, atende normal porque não tem nem anamnese ali, não tem nem falando cê é, cê num é, então né, cê tá atendendo. Agora quando não é também, e quando é e tá aqui e a gente tá atendendo, não tem essa diferença. Todo mundo pra mim é igual, entendeu?*

O excerto demonstra que, dependendo do serviço que prestam na unidade, algumas/ns profissionais não veem a necessidade de saber a orientação afetivo-sexual da/o usuária/o, mas isso pode fazer diferença, pois existe a possibilidade de as práticas sexuais interferirem na formulação da hipótese diagnóstica.

**B:** *É porque igual ela tá falando... é porque o rapaz, ele às vezes ele fica mais afeminado né, quando ele... é... é... homossexual, então às vezes ele... ele tem um trejeito maior, então às vezes a gente consegue identificar.*

Pensar em diferenças de comportamento de um/a homossexual repete o que o senso comum traz, como se fosse possível generalizar e tal identificação fosse, além de necessária, algo fácil de se fazer. Barbosa e Facchini (2009) apontam que a heterossexualidade presumida das usuárias e a falta de qualificação e o preconceito das/os profissionais acaba excluindo muitas lésbicas dos serviços de atenção e cuidado à saúde.

**B:** *E a mulher não, e a mulher é... é... ela... como que eu vou saber se uma mulher é homossexual? Aí ela falou assim “eu não consigo perceber a diferença”, porque no homem às vezes a gente percebe, na mulher, não.*

No entanto, há que se pontuar a postura profissional dos trabalhadores da saúde diante dos membros da comunidade. O atendimento é, geralmente, avaliado por elas/es como satisfatório, já que não entendem haver diferença significativa nos procedimentos e fazem questão de dizer que é um ambiente que atende a todas/os, sem exceção ou restrição:

**B:** *Ó, eu acho que... não tem restrição, pelo menos eu vou falar dos lugares que eu já trabalhei, né assim, igual eu trabalhei no (...), então lá eu não vi, não tem nenhuma restrição (...). A gente sabe que no início da AIDS tinha muito a questão do homossexual, né, que procurava o serviço por causa da AIDS e tudo, então tá sempre tendo esse acolhimento, independente de sexo, de opção, é... sei lá de gênero né, então... tá sempre tendo. Eu acredito, por exemplo, aqui no PSF mesmo, a gente também não faz diferença, assim se... o sexo ou o gênero ou a questão da homossexualidade não define se a pessoa vai ser acolhida no serviço de saúde ou não, o que define é a necessidade dele e não ele como pessoa, como opção que ele fez.*

Repete-se também a indiferenciação entre opção e orientação sexual e afetivo-sexual, ou mesmo entre estas, gênero e identidade. O que a sociedade entende ainda não foi desmistificado dentre muitas/os profissionais de saúde, principalmente por não terem sido adequadamente preparadas/os para isso, pois sua formação não se ocupa de tal tema, parecendo haver outros de maior relevância para a formação em saúde de cursos específicos, como o de Medicina. Isto enseja maior qualificação das/os profissionais para realizar tais atendimentos (Almeida, 2009).

**L:** *(...) todos entram no acolhimento né, não tem essa diferença, de exclusão jamais, nem de restrição.*

Em sentido contrário, Almeida (2009) sustenta que a revelação do comportamento homossexual poderia impedir as/os médicas/os de fornecerem informações que fossem úteis à saúde de indivíduos LGBT por falta do que ele chama de "tecnologias emocionais" (p. 321), conhecimento capaz de criar uma

ambientação para que o tema homossexualidade fosse discutido adequadamente durante as consultas.

Em alguns excertos, pode-se notar que a exclusão é localizada nos próprios usuários:

**D1:** *E isso também identifica muito da pessoa, às vezes eles também são mais agressivos.*

**D2:** *Mais deles do que da gente.(...) Eu atendo mesmo uma pessoa na nossa área né, (...), ele mesmo não identifica com muitas pessoas aqui do PSF não, é poucas que ele fala.*

**C:** *É porque é um grupo que já se sente excluído, então depende...*

É patente a prática social da exclusão, pois o discurso desconhece as demandas das/os usuários LGBT, e o conceito de equidade parece ser mal compreendido, bem como permanece a invisibilidade das questões de gênero e identidade nas práticas de saúde, que se conservam com fundo heteronormativo (Cerqueira-Santos, 2010).

Apesar da intenção, as/os profissionais também relatam não haver preparação geral adequada para se atender o público LGBT, a não ser em casos em que tal diferenciação é exigida, em um discurso normativo e excludente que também se coloca como uma questão privada e que, por diversos fatores, como relação com a família, local e momento do atendimento, parece tornar-se difícil de ser verbalizado em um atendimento em saúde. Neste mesmo sentido, Lionço (2008) defende que o amplo reconhecimento da diversidade e o respeito à singularidade estão consoantes aos direitos à privacidade e à autonomia, o que auxiliaria no combate aos processos de discriminação e exclusão.

**D:** *Tem que falar se deseja informar a orientação sexual. Aí tem uns que fala "Não", já responde assim.*

**B2:** *Nem sempre a gente pode perguntar isso daí. Se a gente tiver fazendo um cadastro lá, é... a família toda reunida, eu ... não dá pra perguntar isso aí não. Tem que tá assim... só com a pessoa. Individual.*

Tais questões foram apontadas também em pesquisa no Canadá (Beagan et al., 2012), que demonstrou preocupação de enfermeiras/os em não ofender homossexuais durante consultas, o que resulta em se evitar falar de determinadas questões ligadas à sexualidade, pois propiciaria sentimentos de desconforto para usuários e trabalhadores, o que entendem que deva ser vencido:

**L:** *Mas eu acho assim... que esse é um dado importante que agora que vem remeter a gente saber, né? Porque eu acho que é importante a gente saber pra ter essas particularidades, por exemplo, a mulher, como uma mulher que não tem a relação da penetração, ela não tem a necessidade de fazer a prevenção anual. E aí a gente vai ficar cobrando isso dela, né? Então eu acho que é válido, assim, superimportante saber.*

### 3. Acesso à informação

**B1:** *Esses dias, chegou (...), ele chegou assim: “B., cê acha que eu vou pro inferno?” Aí eu falei assim: “Não, cê vai pro inferno por quê?” “Ah, porque lá na igreja uma pessoa me falou que eu vou pro inferno porque eu gosto de homem”.*

Relatos como esse permitem dizer que a informação científica não está acessível a todas/os e que, como aqui já descrito, usuárias/os e profissionais de saúde podem estar imersas/os em discursos baseados em concepções e práticas religiosas, senso comum, sabedoria popular, entre outros, o que é corroborado nos excertos seguintes:

**C:** *Eu acho também que é falta de informação, de divulgação... e a mídia também, ela quer focar o que é ruim, né, a mídia ela quer focar o que é ruim. Por que que a mídia não mostra bons exemplos? (...) Às vez que cê pergunta a orientação sexual e a pessoa nem sabe o que que é.*

**D:** *Aí cê vai explicar...*

**M:** *Muitos já falaram “Que que é isso?”*

**C:** *Às vezes cê pergunta se eles quer responder, eles fala que não...*

**M:** *Cê pergunta pro pai, ai o filho responde pro pai e a mãe o que que é orientação sexual.*

Cunha e Gomes (2015) afirmam haver a necessidade de programas que tenham a saúde de homossexuais e a capacitação de profissionais da área para lidar com este grupo a partir de uma perspectiva que respeite a diversidade, como modo de reforço ao serviço público prestado, a fim de que se possa lidar com os diferentes níveis de estigma e discriminação regularmente presentes em tais casos, orientando pais e jovens a respeito do melhor manejo desta condição. Isto faz coro ao fato de que o grupo de profissionais também não considera existir informação adequada ou suficiente sobre funcionamento das ESF's e do próprio Sistema de Saúde, havendo ainda informações que estão disponíveis, mas não foram divulgadas amplamente.

Esta também é a percepção quanto a documentos como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2010), que busca garantir os direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos sujeitos, bem como o estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis, por exemplo. Tal política é desconhecida pelas/os profissionais:

**B:** *É... eu acho que... é... não existe assim uma política né (?), brasileira, assim... que vem pro PSF... de agora em diante, é... vocês vão agir dessa maneira com a comunidade GB... (...) LGBT... né? Eu acho que não existe assim, essa, essa política assim, né? Mas, uma política esclarecedora para os profissionais de saúde, como você vai conseguir abordar essas questões dentro de um consultório, para você é... poder orientar... isso não existe... eu pelo*



*menos... não, não vou falar que isso não existe não, vou falar que eu desconheço que exista algo assim no Ministério da Saúde. Eu nunca vi. A única orientação que eu já vi foi a questão do HIV, que antes... quando descobriu em 1983, estava, é ... restrito à comunidade gay...*

As/os profissionais entendem que, caso a informação exista, sua divulgação é restrita ou negligenciada.

**C:** *Eu acho que, de modo geral, a comunidade... ela tinha também que entender melhor o que que é a atenção primária (...), agora tem gente que fala assim: “Ah, eu não sei pra que que serve PSF”. Aquilo dói quando a gente escuta, sabe? Porque assim, a gente vê o tanto que a gente preocupa em cuidar, em tá perto, né, então assim, eu acho quando a pessoa tem uma assistência mais próxima, que ela precisa de um cuidado em casa ou um curativo, ou um monitoramento ali de perto mesmo, né, ela valoriza mais (...), então quem tá no centro de saúde e vai pro PSF vai demorar pra aceitar, mas um dia, uma hora vai aceitar.*

Apesar das impossibilidades, as/os profissionais do serviço de saúde ainda parecem crer que possam fazer algo em favor das/os usuáries que ali atendem, buscando fazer com que a prestação de serviço em saúde realizada através do SUS seja, de fato, universal.

### **Considerações finais**

O fato de haver situações discriminatórias nos serviços de saúde impõe obstáculos a políticas de educação e prevenção, bem como da aproximação das/os usuáries ao próprio serviço de saúde. É notória, assim, embasando-se no que percebem usuáries/os e profissionais, a necessidade de uma evolução na atenção em saúde à população LGBT.

Pode-se, então, depreender, a partir da análise feita, que tanto as/os usuáries/os como as/os profissionais do serviço público de saúde creem que o atendimento poderia dar-se de modo mais efetivo e apropriado, considerando-se

as necessidades dos sujeitos LGBT, ou mesmo outros. No entanto, ambos os grupos se mostram, de certo modo, conformados com as possibilidades existentes diante dos vários entraves que o Sistema enfrenta, em um movimento de apologia ao discurso instituído na saúde, que reforça o modelo heteronormativo e nem sempre apresenta possibilidades de mudanças positivas, tanto no âmbito político quanto no ideológico.

Como acontece na sociedade, também diante das/os profissionais de saúde, usuárias/os LGBT tendem a ter dificuldade em externar sua orientação afetivo-sexual, a menos que tal ação seja estritamente necessária para aprimorar a análise e formação do diagnóstico em questão. Tal dificuldade também é expressa pelas/os profissionais, que nem sempre se sentem à vontade para abordar o assunto, às vezes partindo de suposições ou mesmo de casos concretos em que entendem que a privacidade das/os usuárias/os poderia estar em jogo. O discurso que sustenta tal recuo se baseia na responsabilização das/os usuárias, privando as/os profissionais da responsabilidade que teriam pelo fato de serem prestadoras/es de serviço de saúde.

O estigma que perpassa a vida das/os usuários não heterossexuais não permite que encontrem um serviço de maior qualidade ao revelarem sua condição/orientação à/ao profissional de saúde, pessoa em situação especial que permitiria tal ação (Goffman, 2008). No entanto, ambos os grupos tendem a elevar o nível de satisfação com o serviço de saúde. As/os usuárias/os entendem que os profissionais poderiam estar mais à vontade para abordar tal assunto, ainda que pareçam compreender os vários motivos que as/os levam a não revelar sua orientação, incluindo o julgamento por parte de outrem ou de si mesmas/os. Tal forma de agir pode advir de várias instâncias, mas parece ser fruto do modo como a própria sociedade percebe as questões ligadas à sexualidade e ao gênero, provenientes dos estereótipos e do preconceito nela instaurados, inclusive a partir da culpabilização dos próprios sujeitos.

Tanto trabalhadoras/es quanto usuárias/os entendem que ainda falta muito para que se atinja uma abordagem mais adequada às questões de saúde sexual e reprodutiva de LGBT's, seja por não se colocar em prática as políticas públicas

já existentes, ou por sua própria organização, que não leva em consideração que a geração da política em si se difere bastante do que se passa no momento do atendimento. Os dois grupos, no entanto, não assumem sua responsabilidade, o que se pode ver como mera verbalização, sem relação com possíveis atitudes e proposições.

Percebe-se, finalmente, que a sociedade ainda não encontrou uma maneira de atender de modo mais efetivo as ditas minorias, no que se refere a seus direitos, mesmo na área da saúde, na qual o Brasil tem tido papel de destaque no acesso universal e igualitário, agora em busca da equidade.

Espera-se que a compreensão deste fenômeno, a partir de uma leitura mais realista, que leve em consideração todas as personagens envolvidas no atendimento em saúde, possa aprimorar a atuação das/os profissionais, e que as/os usuárias/os, LGBT ou não, sintam que suas questões de ordem afetivo-sexual e de reprodução sejam atendidas com respeito, adequação e segurança, tendo mais subsídios para sustentarem seu lugar de sujeitos de direitos.

## Referências

- ALMEIDA, G. 2009. "Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas". *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 19, nº 2, p. 301-331.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. 2006. Saúde das mulheres lésbicas: *promoção da equidade e da integralidade*. 1ª ed. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte. 42p.
- BARBOSA, R. & FACCHINI, R. 2009. "Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil" *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 25, p. S291-S300.
- BAUER, M. W. & GASKELL, G. 2007. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um *manual prático*. [Tradução: Pedrinho A. Guareschi]. 6ª ed. Petrópolis: Vozes. 516 p.
- BEAGAN, B. L. et al. 2012. "Nurse's work with LGBT patients: They're just like everybody else, so what's the difference?" *Can J Nurs*. Vol. 44, nº 3, p. 44-63.

- BOYCE, S. et al. 2012. "Facilitating access to sexual health services for men who have sex with men and male-to-female transgender persons in Guatemala City". *Cult Health Sex*. Vol. 14, nº 3, p. 313-327.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1990. Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Poder executivo. Brasília. 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília. 25p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2012a. Carta dos direitos dos usuários da saúde. Brasília, DF. 25p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2012b. Política Nacional de Atenção Básica. 1ª ed. Brasília, DF. 111p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2013a. Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília. 1990. *Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)*.
- BRASIL. 2013b. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília.
- BROWN, J. L. et al. 2014. "Atención ginecológica de lesbianas y bissexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina." *Interface (Botucatu)*. Vol. 18, nº 51, p. 673-684.
- CARRARA, S. & RAMOS, S. 2005. Política, direitos, violência e homossexualidade: *9ª Parada do Orgulho GLBT - Rio 2004*. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC. 79 p.
- CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. 2010. "Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde". *Revista Interamericana de Psicologia*. Vol. 44, nº 2, p. 235-245.
- CORRÊA, S. O. & MUNTARBHORN, V. (orgs.). (09.11.2006). Princípios de Yogyakarta: *princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero*. [on line]. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em: [http://www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf). [Acesso em 13.07.2013].

- CUNHA, R. B. B. & GOMES, R. 2015. "Os jovens homossexuais masculinos e sua saúde: uma revisão sistemática." *Interface (Botucatu)*. Vol. 19, nº 52, p. 57-70.
- FAIRCLOUGH, N. 2001. *Discurso e mudança social*. 1ª ed. Brasília: UnB. 320 p.
- FONSECA, G. S. et al. 2012. "Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre o Sistema Único de Saúde no município de Santa Cruz-RN". *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Vol. 25, nº 4, p. 455-461.
- FORMBY, E. 2011. "Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England". *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 13, nº 10, p. 1165-1179.
- GOFFMAN, Erving. 2008. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC. 158p.
- LIONÇO, T. 2008. "Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade". *Saúde e Sociedade*. Vol. 17, nº 2, p. 11-21.
- MARQUES, A. M. et al. 2013. "A população lésbica em estudos da saúde: contributos para uma reflexão crítica." *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18, nº 7, p. 2037-2047.
- MELO, A. P. L. 2010. "Mulher mulher" e "Outras mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família. Dissertação de mestrado, UERJ.
- MELLO, L. et al. 2011. "Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade". *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, nº 9, p.7-28.
- MGG – Movimento Gay dos Gerais. [on line]. Disponível em: <http://mgg-movimentogaydosgerais.blogspot.com.br/>. [Acesso em 30 abr. 2016].
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. 2010. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec. 408 p.
- MOIMAZ, S. A. S. et al. 2010. "Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde." *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 20 nº 4, p. 1419-1440.
- OLIVEIRA, D. C. & SILVA, L. L. (2010). "O que pensam os usuários sobre a saúde: representação social do Sistema Único de Saúde". *Revista de Enfermagem UERJ*. Vol. 18, nº 1, p. 14-18.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 1995. IV Conferência mundial sobre a mulher. Plataforma de ação. Pequim: ONU.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2013. UNDP / UNFPA / UNICEF / WHO / World bank special programme of research, development and research training in human reproduction (HRP): *highlights of 2012*. Genebra. 29 p.

SILVA JÚNIOR, A. & ALVES, C. A. 2007. "Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas". In: MOROSINI, M. V; CORBO, A. D. A. (orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz 240 p.

SPINK, Mary Jane. 2010. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. 72 p.

VALADÃO, M. C. & GOMES, R. 2011. "A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência". *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 21, nº 4, p. 1451-1467.

## 4.2 APRESENTAÇÃO EM EVENTO - PÔSTER 1



**IV Congresso internacional da História  
CULTURA, SOCIEDADE E PODER**  
23 a 25 de setembro de 2014



### HETERONORMATIVIDADE, DIREITOS SEXUAIS E CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE: DESAFIOS NO ATENDIMENTO À COMUNIDADE LGBT

Worney Ferreira de Brito (Mestrando em Cuidado Primário em Saúde - Unimontes)  
Lúcia Helena Rodrigues Costa (Docente do Programa de Cuidado Primário em Saúde - Unimontes)  
Débora Ribeiro Vieira (Graduanda - Fip-Moc)

Montes Claros – MG

#### INTRODUÇÃO

Este trabalho objetiva identificar o estado da arte das produções científicas acerca dos direitos sexuais e da atenção em saúde, levando-se em consideração como tais temas se entrelaçam no tocante ao atendimento a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT, diante de um contexto em que a heteronormatividade, profundamente arraigada na sociedade brasileira e em ascendência no meio acadêmico, vem de encontro às questões relativas às minorias não heterossexuais, a respeito de como o cuidado em saúde pode atender de maneira mais adequada os membros dos diversos grupos existentes dentro desta comunidade no Brasil e no mundo.

São vários os desafios enfrentados pela comunidade LGBT. A busca por igualdade de direitos em todas as searas tem sido uma das principais bandeiras, não somente dos movimentos deste grupo, mas de todos aqueles que entendem os direitos humanos como realmente são: devidos a cada mulher ou homem que habite este planeta, independentemente de sua raça ou cor, sexo ou idioma, de sua religião, opinião ou origem, ou de outra condição qualquer (UNESCO, 1998), donde se entende a extensão à orientação sexual. No Brasil, o entendimento de tal igualdade é ratificado pela Constituição de 1988, que afirma, no art. 5º, serem todos iguais perante a lei (BRASIL, 2013).

Desta maneira, entende-se que os direitos sexuais e reprodutivos da comunidade LGBT precisam ser respeitados como quaisquer outros, em qualquer parte. No Brasil, a *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais* é o documento regulador que objetiva implementar no Sistema Único de Saúde – SUS o atendimento específico a esta população (BRASIL, 2010). De caráter transversal, esta política busca garantir e defender, dentre outros, os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo os efeitos da discriminação e da exclusão em processos de adoecimento destas pessoas, com objetivos calcados na redução da desigualdade.

#### METODOLOGIA

A execução deste trabalho, que ainda está em andamento, dá-se a partir da revisão sistemática da literatura da área nos últimos 10 anos em produções nacionais e internacionais, sendo os trabalhos buscados nas bases de dados PubMed, de pesquisas na área da saúde, e Scielo, utilizando-se os descritores "*sexual reproductive rights*", "*lgbt*" e "*primary care*".

#### RESULTADOS

A partir do material analisado, nota-se que pouco ainda se fala dos direitos reprodutivos e sexuais da população LGBT, como se estes não fossem sujeitos de tais direitos. Quando utilizados os três termos, não se encontra sequer um trabalho que corresponda à pesquisa; ao se os utilizarem em pares, encontram-se alguns artigos, porém, no entanto, o conteúdo precisa ser lido para se perceber qual é o seu real objetivo, que é, geralmente, destoante do que se busca.

Até o momento, foram encontrados 8 (oito) artigos, que têm trazido resultados como os de Formby (2011), no qual as participantes de um estudo com lésbicas e mulheres bissexuais no Reino Unido identificam haver falta de informações de saúde sexual que sejam apropriadas para as suas necessidades, ou de Müller (2013), em pesquisa na África do Sul, que corrobora a invisibilidade LGBT diante da heteronormatividade, tendo como consequência o fato de estes sujeitos esconderem daqueles que lhes prestam cuidados em saúde parte significativa de sua identidade e, consequentemente, de suas vidas, o que não lhes permite prestar assistência adequada. As palavras de uma gestora de serviço de saúde brasileira aparentam dar o tom do tema no país: "As políticas só se efetivam mesmo a partir da ação, né? Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio" (MELLO *et al.*, 2011). No mesmo sentido, Davy (2012) apresenta dados de outra pesquisa inglesa dando conta de que alguns profissionais admitiram ser homofóbicos e de que 20% dos terapeutas pesquisados havia tentando a chamada terapia reparadora para reduzir ou mudar os desejos homoafetivos de seus pacientes.

#### CONCLUSÕES

Percebe-se a existência de lacunas do conhecimento acerca deste assunto, pois não parece haver a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas LGBT, considerando-as, via de regra, a partir das normas heterossexuais vigentes, e que grande parte do preconceito historicamente construído contra indivíduos não seguidores da heteronormatividade estende-se aos atendimentos prestados na atenção em saúde, fazendo com que a tais grupos seja negado o direito ao bem-estar social, físico e mental desejável para a sua saúde.

Entende-se, então, que a hipótese de haver uma lacuna do conhecimento proposta por este trabalho se confirme, pois a baixa quantidade de artigos encontrados, bem como a menção naqueles encontrados da inexistência ou incipiência da atenção devida à população LGBT nos serviços de saúde, faz com que se chegue a um resultado preocupante, ao se perceber que os direitos sexuais e reprodutivos daqueles que não seguem o padrão heteronormativo não estão sendo respeitados. Há, portanto, muito ainda a ser pesquisado e realizado em busca de tal ideal de igualdade.

#### REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: 2010.
- \_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013.
- FORMBY, Eleanor. Lesbian and bisexual women's human rights, sexual rights and sexual citizenship: negotiating sexual health in England. **Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care**, v. 13, n. 10, p. 1165-1179, 2011.
- MELLO, Luiz *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 9, p. 7-28, 2011.
- MÜLLER, Alexandra. Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African health sciences faculty: addressing the gap. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 174, 2013.
- UNESCO. **Declaração universal dos direitos humanos**. Brasília, 1998.

## 4.3 APRESENTAÇÃO EM EVENTO - PÔSTER 2



### PERCEÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE GAYS E LÉSBCICAS ACERCA DO ATENDIMENTO EM SAÚDE

AUTORES: WORNEY FERREIRA DE BRITO<sup>1</sup>, LAÍS FRANCIELLE FRANCISCA FELÍCIO<sup>2</sup>, LUIZ HENRIQUE SILVA NASCIMENTO<sup>3</sup>, LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA<sup>4</sup>

1, Unimontes; mestrando em Cuidado Primário em Saúde; worney@gmail.com;  
2, 3, Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI; graduandos em Psicologia;  
4, Unimontes; docente do programa de Cuidado Primário em Saúde.

#### INTRODUÇÃO

No Brasil, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é o documento regulador que objetiva implementar no Sistema Único de Saúde – SUS o atendimento específico a esta população, sendo de caráter transversal, abrangendo todas as áreas do Ministério da Saúde, "tais como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado" [1]. Esta política tem o propósito de buscar garantias de que o atendimento prestado pelo SUS aconteça indiscriminadamente, respeitando orientação sexual e percepções de gênero, acolhendo os usuários de acordo com o disposto na Lei 8080/90 que, em seu artigo 7º, inciso IV, determina que as ações e os serviços públicos de saúde devem obedecer aos princípios de "igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" [2]. Desta forma, estão "as consequências dos processos discriminatórios alcançando o próprio sistema de saúde" nacional [3].

Por sua vez, os princípios de Yogyakarta trazem fundamentos e recomendações vinculantes a todos os países signatários, incluindo o Brasil, tratando "de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero", o que se resume na seguinte afirmação: "Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito." [4]

Ao se tomar como parâmetro a perspectiva ampliada de saúde, conforme afirma a Constituição Brasileira de 1998, não se pode considerar a atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT's apenas como um item epidemiológico; devem, então, ser consideradas as representações sociais relacionadas a esta população, e a compreensão de que os agravos à saúde que se lhe acometem estão, em grande parte, determinados socialmente [5], o que acarreta o não acesso às políticas de saúde sexual e reprodutiva como às ditas maiorias. Reivindica-se, ainda, a democratização dos direitos sexuais e reprodutivos a partir da dissociação destes dos direitos das mulheres, pois tal concepção advém de uma lógica heteronormativa.

Todas as formas de identidade de gênero e de orientação sexual devem ser levadas em consideração quando se trata de saúde sexual, e os direitos que assistem estes indivíduos, a partir do próprio direito de se reproduzir ou de se decidir pela não reprodução, não podem ser rechaçados em função de uma política de saúde pública que visa a atender todos os cidadãos e cidadãs, mas que não contempla vários dos segmentos da sociedade.

#### OBJETIVO

Observar a percepção que as/os profissionais da atenção primária em saúde do município de Montes Claros - MG têm quanto ao serviço que prestam ao público LGBT, em comparação a como a comunidade de lésbicas, gays e bissexuais percebe tal questão.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Foram realizados dois grupos focais: um com as/os profissionais de saúde de uma Estratégia Saúde da Família – ESF, e outro com usuárias/os do serviço em saúde, membros da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT. Perguntas norteadoras foram utilizadas para iniciar as discussões a respeito das percepções quanto ao atendimento em saúde prestado ao público em geral e ao público LGBT de modo específico. Os dados foram interpretados à luz da Análise do Discurso Crítica – ADC [6], que considera a análise textual (descrição), a interpretação (prática discursiva) e a fase interpretativa que envolve o discurso como prática política e ideológica.

#### RESULTADOS E DISCUSSÃO

As/os profissionais em saúde entendem que tentam o máximo que podem para atenderem o público LGBT sem nenhum tipo de diferenciação ou constrangimento, no que se refere ao tratamento dispensado, não conseguindo vislumbrar diferenças que ocorrem nessa prestação de serviço, comparando-o ao atendimento a outros públicos.

A maneira com a qual se referem aos sujeitos da comunidade LGBT demonstra, também, ainda não haver um foco mais específico no processo de comunicação e do reconhecimento das demandas destas pessoas, mas há sempre a busca do respeito à privacidade que cabe a estas/os usuárias/os, o que pode ser localizado em excertos como os seguintes:

*Enfermeira: Todos entram no acolhimento né, não tem essa diferença, de exclusão jamais, nem de restrição.*

*Agente comunitária: Eu acho que ele mesmo, acho que tem uns próprios já se excluem, eles próprios já chega armado, tipo assim: "Como que eu vou ser recebido? Quem é que vai me atender? Né?"*

*Médica: Aqui no PSF mesmo, a gente também não faz diferença, assim se... o sexo ou o gênero ou a questão da homossexualidade não define se a pessoa vai ser acolhida no serviço de saúde ou não, o que define é a necessidade dele e não ele como pessoa, como opção que ele fez.*

As/os usuárias/os LGBT não entendem haver diferença na prestação de serviços em geral, pois quaisquer distinções estão mais voltadas para a natureza da prestação e do atendimento; no entanto, elas/es conseguem perceber que suas necessidades não são tratadas adequadamente quando devem ser levadas em consideração as especificidades desta população. As falas abaixo são representativas disto:

*Usuário 1: A vez que eu fui no posto de saúde e tive que falar que eu era gay... E eu fui atendido normalmente, mas talvez porque não transparecer... Como eu posso dizer? Transparecer uma promiscuidade, transparecer a necessidade de ser homossexual que as pessoas têm. Mas... eu fui super bem atendido.*

*Usuária 1: No meu caso, eu não falei. É, eu tô com um problema aí, na primeira médica que eu fui, é... Ela tava somente sacando que eu tava grávida, grávida, grávida. Ai minha mãe falou assim: "Doutora, não tem como!". E ela: "Por quê? Ela não pode engravidar?"; "Não, porque ela é lésbica!".*

*Usuária 2: É o que a gente procura é exatamente uma informação que seja simples, esse é o correto. O profissional mesmo, cê vai consultar e não tem essa informação, aí, igual mesmo à questão da mulher, no caso sempre é muito mais focado no gay. Ai sendo mulher, cê vai lá e pergunta: "Como eu vou prevenir DST?" Ninguém sabe exatamente como é que é. Ai cê vai lá e caça na internet, mas não é a informação correta que um profissional às vezes tem.*

#### CONCLUSÃO

Ainda há a necessidade de se difundir na prestação de serviços em saúde as diretrizes para o atendimento específico ao público LGBT, do mesmo modo que se implementam outras políticas voltadas a populações específicas. Tanto usuárias/os quanto profissionais entendem que há possibilidades de melhoria, mas as questões do atendimento em saúde refletem, em grande parte, as representações que existem na sociedade em geral.

#### REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: 2010.
- \_\_\_\_\_. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF, 1990.
- CARRARA, Sérgio *et al.* **Política, direitos, violência e homossexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
- CORRÊA, S. O.; MUNTARBHORN, V. (orgs.). **Princípios de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/pdf/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, Jun. 2008.
- FAIRCLOUGH, Norman. **Discurso e mudança social**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001.

Aprovação pelo Comitê de Ética: CEP/UNIMONTES 911.597/2014



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo aqui realizados, pode-se perceber que os direitos sexuais e reprodutivos de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis – LGBT's não têm sido respeitados na esfera do atendimento primário em saúde, tanto na percepção dos trabalhadores deste serviço quanto dos usuários que dele se utilizam.

Nota-se também a existência de poucos artigos a respeito do tema em publicações nacionais e internacionais, cuja lacuna enseja a negação à importância de se estudar e considerar os membros destas populações como sujeitos de direitos, inclusive e prioritariamente à saúde.

Entende-se que a criação ou otimização – através de cursos, diretrizes e estudos mais aprofundados – de políticas públicas que considerem diretamente os interesses de LGBT's, tanto no que se refere à sua saúde, quanto no que tange aos demais direitos, é urgente, pois o entendimento atual de que todas e todos, independentemente de gênero, identidade, condição ou orientação afetivo-sexual e demais características dos indivíduos, devem ser atendidas/os como sujeitos, de modo igualitário, com direito ao pleno gozo da liberdade que as/os assiste.

O fulcro deste trabalho é de total relevância, pois busca tornar público o descaso em que parte da população humana se encontra quanto a seu direito de viver com liberdade e dignidade.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO. **A estratégia de acolhimento na atenção básica.** Salvador, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2014a) **Reproductive health.** Disponível em [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/). Acesso em 08. jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2014b) **Sexual health.** Disponível em [http://www.who.int/topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/). Acesso em 08. jul. 2014.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** Percepção de profissionais de saúde e de gays e lésbicas acerca do atendimento em saúde

**Instituição onde será realizada a pesquisa:** Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes

**Pesquisador responsável:** Worney Ferreira de Brito

*Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes: Parecer nº 911.597, em 11/12/2014.*

#### Atenção

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

#### 1. Objetivo

Compreender a percepção e as atitudes de usuárias e usuários pertencentes a grupos com orientação sexual não majoritária e das/dos profissionais atuantes acerca da prestação de serviços públicos de saúde relativos à saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

#### 2. Metodologia / procedimentos

A pesquisa será realizada utilizando-se metodologia qualitativa, através da técnica de grupo focal, com dois grupos distintos: um deles será formado por usuárias e usuários do serviço de saúde pública em Montes Claros, MG, alocados na ONG MGG – Movimento Gay dos Geraes, que presta serviço à comunidade LGBT; o outro será formado por profissionais da saúde pública, prestadoras/es de serviços na Estratégia Saúde da Família da Vila Telma, em Montes Claros, MG.

#### 3. Justificativa

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos tem sido pauta de discussão de várias instâncias dos organismos nacionais e internacionais, e também dos indivíduos em grupos mais restritos, via de regra, a partir do entendimento de que todas as pessoas têm direito a informações e serviços de qualidade no tocante à escolha de se ter ou não filhos e de usufruírem de uma vida sexual saudável.

A OMS define saúde sexual como "um estado físico, mental e de bem-estar social em relação à sexualidade", apontando também que tal estado de saudabilidade "exige uma abordagem positiva e respeitosa com a sexualidade e as relações sexuais, bem como a possibilidade de ter prazer e experiências sexuais seguras, livres de coerção, discriminação e violência" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014).

Estas políticas costumam girar sobre um modelo de família tradicional, composta por um homem e uma mulher e, portanto, enfoca a geração de filhas e filhos como principal objeto de ação. No entanto, é possível compreender, inclusive a partir do conceito supracitado, que a saúde sexual não se baseia somente nesta premissa.

Todas as formas de identidade de gênero e de orientação sexual devem ser levadas em consideração quando se trata de saúde sexual, e os direitos que assistem estes indivíduos, a partir do direito de se reproduzir ou de se decidirem pela não reprodução, não podem ser rechaçados em função de uma política de saúde pública que visa a atender todos os cidadãos e cidadãs, mas que não contempla vários dos segmentos da sociedade.

#### 4. Benefícios

O presente estudo busca suscitar subsídios que sustentem direitos à comunidade LGBT e possibilitar uma discussão mais aprofundada entre as/os prestadoras/es de serviço em saúde no que tange às diferentes realidades das/os usuárias/os, em especial a esta população, para que seu trabalho possa ocorrer de forma integralizada.

#### 5. Desconfortos e riscos

O estudo não apresenta riscos, e os desconfortos que podem advir da pesquisa estão relacionados ao fato de as/os participantes poderem se mobilizar pessoalmente diante das questões apresentadas. No caso de acontecerem ocorrências desta natureza, o pesquisador se responsabilizará por elas.

#### 6. Danos

É garantida a integridade física, psíquica e social das/dos participantes, ficando isentas/os de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.

#### 7. Confidencialidade das informações

As informações concedidas serão usadas somente para fins científicos. As identidades dos sujeitos de pesquisa serão preservadas, bem como as respostas e os dados referentes aos resultados serão tratados anônima e confidencialmente.

#### 8. Compensação / indenização

Não há previsão de riscos invasivos neste estudo, portanto, a compensação / indenização não se aplica.

#### 9. Outras informações pertinentes

A presente pesquisa será realizada de acordo com os rigores éticos elaborados pelo Comitê de Ética em Pesquisa, considerando-se a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). As/os participantes têm assegurada a liberdade em se recusar ou não mais participar da pesquisa; elas/es também serão informados dos benefícios e possíveis riscos, dentre outros aspectos éticos.

#### 10. Consentimento

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	20/05/2015
Nome da/do participante	Assinatura da/do participante	Data
_____	_____	20/05/2015
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
_____	_____	20/05/2015
<i>Worney Ferreira de Brito</i>	Assinatura do pesquisador responsável	Data
Nome do pesquisador responsável		

**Endereço do pesquisador responsável:** Rua Duque de Caxias, 168, Santa Rita - Montes Claros, MG  
**Telefone do pesquisador responsável:** (38) 9166-9599