

Daniel Antunes Freitas

danielmestradounincor@yahoo.com.br

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros

Noely Soares Veloso Moura

noely.veloso@yahoo.com.br

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros

**Nídia Francisca de Figueiredo
Carneiro**

nidiaffc@gmail.com

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros

Antônio Carlos Ferreira

acf452000@yahoo.com.br

Doutor em Infectologia e Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais

Kellen Bruna de Sousa Leite

kellen1518@gmail.com

Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros

Luiza Fernandes Fonseca Sandes

luizaffsandess@gmail.com

Médica Residente em Pediatria em andamento, pela Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte

Káren Araújo Rodrigues

karenaraujo934@gmail.com

Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

PERCEPÇÃO DE PRECONCEITO NO ACESSO À SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DE MINORIAS SEXUAIS

*PERCEPTION OF PREJUDICE IN ACCESS TO HEALTH FROM
THE PERSPECTIVE OF SEXUAL MINORITIES*

INTRODUÇÃO

Minorias sexuais compreendem indivíduos que, em virtude de sua orientação sexual, identidade de gênero e/ou comportamento específico, contrariam os padrões heterossexistas. O movimento de Lésbica, Gay, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexual (LGBTQIA+) surgiu na década de 1970, fomentado pelas discussões de gênero e orientação sexual levantadas pelos movimentos feministas que já ganhavam força há alguns anos⁽¹⁾.

O gênero é um elemento dentro das relações sociais que representa uma forma de determinação de poder baseada apenas na constituição biológica e anatômica do ser humano. Já a orientação sexual é moldada pela sociedade dentro de diferentes contextos históricos, sociais ou culturais, é volátil, inconstante e nem sempre facilmente assumida. Tal identidade determina a orientação sexual, definida como atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa tem pela outra⁽²⁾.

A expressão da heterossexualidade, entendida como a reprodução de práticas e códigos heterossexuais sustentadas pelo casamento monogâmico entre um homem e uma mulher, é aceita como normativa. Assim, qualquer outra orientação sexual ou afetiva é julgada como anormal ou antinatural⁽²⁻³⁾.

Historicamente, o segmento LGBTQIA+ tem sido

alvo de diferentes formas de preconceito e violação dos direitos fundamentais do ser humano devido à intolerância da sociedade em negar qualquer desvio do padrão heteronormativo. Essa realidade tem levado tal grupo a tornar-se refém da violência, que se apresenta de diferentes maneiras, a exemplo da violência física, sexual, psicológica, negação do acesso à educação e à saúde, entre outras⁽⁴⁾.

Toda essa condenação social em torno das pessoas LGBTQIA+'s culmina em um grupo de indivíduos inseguros com a própria orientação sexual e de gênero, padecentes de violência doméstica e social. Tais fatos acarretam em altos índices de transtornos mentais para essa população e, frequentemente, abuso de substâncias lícitas e ilícitas⁽⁵⁾.

A violência enfrentada por essa comunidade é um determinante de saúde, comprometendo a integridade física, moral, mental e espiritual das vítimas. Influenciados pelos discursos de ódio e violência que os cercam, os sujeitos LGBTQIA+ sentem-se inferiorizados e negligenciados. Comumente se desinteressam pelo autocuidado, pela prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis de alimentação e sono. Esse contexto contribui para o índice de depressão, ansiedade e ideação suicida frequente⁽⁶⁾.

Assim, propôs-se, como objetivo deste estudo, analisar os aspectos dificultadores envolvidos na assistência à saúde da população LGBTQIA+, reconhecer os principais determinantes sociais e fatores associados ao surgimento de tais adversidades, bem como evidenciar as consequências e impactos de tal realidade na qualidade de vida desse grupo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal de abordagem qualitativa, realizada em uma Universidade Pública do estado de Minas Gerais.

Foram entrevistados 08 (oito) indivíduos homossexuais/bissexuais/transsexuais, segundo os critérios a seguir: aceitação e disponibilidade para participar da pesquisa; maiores de 18 anos de idade; e ser acadêmicos de qualquer um dos cursos oferecidos pela Universidade.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista, com base na categoria representação social⁽⁷⁾, a partir de um roteiro semi-estruturado com questões norteadoras. Isso permitiu, ao entrevistador, explorar amplamente as questões desejadas.

Após esclarecimento do estudo, os indivíduos participantes da pesquisa assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas empregando-se o uso de gravador de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. As entrevistas transcritas foram submetidas à análise pelo Software NVIVO 2.0 para decodificação e categorização. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo⁽⁸⁾.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados por meio de numeração escolhida aleatoriamente, sendo que apenas trechos das entrevistas foram citados. Cumprindo as determinações e orientações éticas relacionadas às pesquisas com seres humanos, o presente projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição de Ensino pesquisada, com o Parecer 2.896.692.

A partir das entrevistas realizadas, foram identificadas as seguintes categorias de análise associadas ao preconceito contra as minorias sexuais: acesso aos serviços de saúde; saúde e omissão da orientação sexual; saúde da mulher lésbica; saúde do homem gay; saúde, orientação sexual e raça.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Acesso aos serviços de saúde

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado⁽⁹⁾. O Sistema Único de Saúde – SUS tem como base para funcionamento três princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade. Assim, pressupõe-se que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde, independentemente de qualquer variável; que cada sujeito seja acolhido e atendido, considerando os seus aspectos de saúde e dimensões de vida; e que populações em situação de vulnerabilidade em saúde tenham atenção especial. Entretanto, considerando o grupo de minorias sexuais, população estigmatizada e discriminada, tais princípios não são sempre observados⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Estive num PSF antes de fazer uma viagem, [...] fui buscar informação e, se fosse o caso, ser vacinado. Fiquei na fila, esperei como todo mundo, no entanto, ao chegar a minha vez de ser atendido, a técnica responsável pelas aplicações me respondia completamente diferente dos outros, em tom alterado e usava tom de deboche para me ridicularizar na frente das outras pessoas. Eu estava muito nervoso com a viagem que deveria fazer, então não tive minha dúvida sanada, não fiz reclamação, simplesmente fui embora. E5

Uma vez fui fazer teste de DST e a moça que estava me atendendo foi muito ríspida e me deixou desconfortável com a maneira com que reagia às minhas respostas às perguntas feitas por ela. Foi muito horrível, eu me senti mal. O tom que ela utilizava foi bem ruim, foi muito condenatório. E7

A violência psicológica praticada contra a comunidade LGBTQIA+ se configura como um problema de saúde pública, evidenciando a necessidade de reconhecer as especificidades de assistência a esses indivíduos.⁽¹²⁾ Em busca de minimizar esse problema, o Estado tem articulado políticas públicas direcionadas a esses grupos vulneráveis, esquecidos dentro de muitos serviços de saúde. Contudo, apesar de todo esse aparato legal, na prática, muitos profissionais de saúde ainda têm a heterossexualidade como a expressão natural das pessoas se

relacionarem, vulnerabilizando lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais dentre outros, a um atendimento preconceituoso e desqualificado⁽⁹⁾.

Eu não costumo utilizar muito o serviço de saúde, faz muito tempo que eu não vou a médicos. E7

A discriminação do grupo LGBTQIA+ nos serviços de saúde alimenta a complexa cadeia relacional entre estigma e adoecimento, que culmina no afastamento do público LGBTQIA+ do cuidado em saúde⁽¹²⁾. Desse modo, as práticas de saúde forjadas em padrões heteronormativos colaboram com a perda de interesse dessas minorias sexuais em procurar assistência médica, resultando em diagnósticos tardios e falhas nas prevenções de doenças⁽⁹⁾.

Saúde e omissão da orientação sexual

A vertente social atual é produto de uma matriz ideológica heterossexual, a qual engendra a perspectiva cis-heterossexual como comportamento padrão almejado por parcela significativa da sociedade. Desse modo, é notória a existência de uma concepção de sexualidade que impõe a masculinidade e a feminilidade como únicas formas dos indivíduos vivenciarem seus relacionamentos⁽¹³⁾. Baseado em tais concepções, é notório que muitos membros da comunidade LGBTQIA+ acabam por omitir sua orientação sexual em vários âmbitos sociais, inclusive em setores da saúde, com o intuito de não serem vítimas de hostilidade e preconceito nos atendimentos recebidos.

Não saio falando que sou LGBT. Se fosse explícito, se eu fosse mais masculinizada talvez tivesse sofrido mais. E4

As pessoas não me identificam logo como LGBT. Acho que por um comportamento mais heteronormativo em alguns locais. Devido a isso, nunca sofri nenhum tipo de preconceito. Comparando com pessoas afeminadas e trans, não sofri preconceito. E6

Uma outra vez foi com doação de sangue. O médico que estava me atendendo estava fazendo algumas perguntas e perguntou sobre minha sexualidade. No momento eu parei para pensar no que eu iria fazer, mas então respondi que era heterossexual, porque se eu dissesse homossexual correria o risco de não utilizarem o meu sangue. Me senti desconfortável nessa situação e depois o médico voltou a me perguntar sobre a sexualidade, me senti um pouco desconfortável, mas segui. E7

Saúde da mulher lésbica

Em relação à vulnerabilidade das mulheres lésbicas e bissexuais no contexto da saúde, temos que historicamente houve uma invisibilidade na assistência a esse grupo. Tal fato era evidenciado nos consultórios médicos ginecológicos, que enxergavam o corpo feminino apenas como ferramenta reprodutiva, tendo todas as intervenções baseadas nesse aspecto. Hoje, sabe-

se da vulnerabilidade das mulheres lésbicas para diversas afecções, tais como candidíase, vaginose bacteriana, infecções sexualmente transmissíveis – IST's⁽⁵⁾, além de questões relacionadas à vida sexual e reprodutiva que impactam diretamente na saúde mental dessas pacientes.

Consultas superficiais e insatisfatórias são a principal reclamação entre lésbicas e mulheres bissexuais. O sexo entre mulheres e as formas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis são, ainda, uma questão de difícil manejo tanto para as pacientes assistidas pela atenção básica quanto pelos próprios profissionais de saúde. As mulheres que fazem sexo com mulheres estão mais vulneráveis dentro do atendimento ginecológico, pois possuem práticas sexuais muitas vezes incompreendidas pelo médico, resultando em atendimentos bastante conflituosos e desconfortáveis.⁽⁵⁾ Nas entrevistas realizadas, foi perceptível o despreparo de profissionais da saúde ao tratarem da sexualidade feminina, provocando situações constrangedoras e desconfortáveis para mulheres pertencentes a grupos minoritários sexuais.

Ouvi um comentário machista de um médico psiquiatra, que falou que meu problema de depressão estaria relacionado ao fato de eu ter escolhido gostar de mulher e que a solução seria que eu parasse de gostar de mulher. Em outra consulta com uma ginecologista, me identifiquei como lésbica. Durante o exame, senti incômodo no toque que ela realizava. Falei a ela que estava incomodando, e ela perguntou se eu já não estava acostumada com isso. E1

Uma ginecologista me perguntou há quanto tempo eu tinha feito sexo pela última vez. Eu disse: com homem ou com mulher? Então ela fechou a cara, parou a anamnese, fez o papanicolau, pediu exame de HIV e ultrassom do útero. Mas antes do papanicolau ela pediu exame de HIV apenas pela minha pergunta. E3

Saúde do homem gay

O termo “gay” é utilizado para designar os homens que mantêm relações afetivas e sexuais com outros homens. A homossexualidade masculina já foi tratada como um transtorno mental, sendo abordada pela sociedade como uma patologia que deveria ser, portanto, combatida. Como consequência dessas associações, os homossexuais foram profundamente discriminados e tiveram os seus direitos humanos violados em diversos âmbitos sociais. A desvinculação da relação entre homossexualidade masculina como fator de risco exclusivo da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e com transtornos mentais refletiu em mudanças positivas para coibir a discriminação e o preconceito a esse grupo⁽¹⁴⁾. Entretanto, percebe-se ainda a patologização da homossexualidade, o que pode ser corroborado pelo discurso de alguns dos entrevistados.

Presenciei esses preconceitos sendo direcionados a outros pacientes [...] ela simplesmente começou a destratar as pessoas da comunidade LGBT falando que elas precisavam procurar um tratamento e se curar. E8

Outro fato que acontece muito quando suspeitam, ou sabem que você é gay, são os pedidos

de exame. Eu estava com algumas manchas no corpo, devido a uma alergia. Nos pedidos, o médico pediu vários exames relacionados às IST's, como HIV. O que acontece é que ele perguntou a terceiros antes qual a minha 'condição' e depois, com base nisso, definiu a abordagem. E5

O atendimento humanizado de qualidade e sem discriminações deve fazer parte do cotidiano do SUS. É imprescindível que se tenha visão ampla e abrangente dos homens e das suas diversas demandas, já que, como qualquer outro cidadão, os gays e os bissexuais possuem necessidades de saúde variadas e devem receber cuidados humanizados, pautados na integralidade, em todos os níveis de assistência à saúde.⁽¹⁵⁾

Saúde, orientação sexual e raça

Além da questão referente à orientação sexual, outros fatores influenciam no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, como, por exemplo, raça, classe socioeconômica e nível educacional⁽¹⁶⁾. Nessa perspectiva, a soma desses fatores de vulnerabilidade contribui fortemente para a construção de uma estrutura social em que o indivíduo LGBTQIA+ enfrenta inúmeras adversidades no contexto de acesso à saúde. Tal fato pôde ser detectado em algumas citações dos entrevistados:

[...] o preconceito não se enraíza em um ponto específico, mas sim em um conjunto de fatores que acaba fazendo com que a pessoa sofra mais ou menos preconceito. Acredito que exista sim a questão da sexualidade, mas por exemplo no meu caso, sou uma pessoa cognitivamente bem estabelecida, tenho pele e cabelos claros, não tenho nenhuma deficiência física nem cognitiva. Tenho estabilidade financeira e conheço meus direitos. Por todos esses fatores somados, nunca sofri nenhuma forma de preconceito nos serviços de saúde. E2

Acho que é impossível separar classe de outros aspectos sociais dos indivíduos principalmente nesses espaços. Sou negro e gay e não consigo isolar um fator do outro para apontar o preconceito. A diferença é o recurso utilizado para ele se manifestar. Podem falar mais alto comigo, podem me impedir de entrar em algum lugar ou me questionar se estou no lugar certo. Então, o preconceito busca uma maneira de se justificar. Falo que não consigo ver separação entre identidades, porque elas já possuem normas que recaem sobre elas, e que tem uma história social e material. E5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Minorias sexuais e de gênero, por não se adequarem aos padrões heteronormativos tradicionais, encontram-se em situações de vulnerabilidade social, com direitos agredidos, principalmente no que tange aos serviços de saúde. Ao longo deste estudo, diversos comportamentos discriminatórios, praticados por profissionais da saúde, foram relatados pelos entrevistados. Além disso, é notável o despreparo de muitos deles ao lidar com demandas de saúde dessa população.

Percebe-se isso pela visão estigmatizante das doenças sexualmente transmissíveis atreladas aos pacientes LGBTQIA+s, o que permanece nas práticas médicas atuais. Já em se tratando de práticas sexuais entre mulheres, observou-se que ainda despertam dúvidas nos profissionais, gerando consultas superficiais e insatisfatórias para lésbicas e mulheres bissexuais.

Assim, verificou-se a necessidade de adoção de medidas com o objetivo de preparar e orientar os profissionais de saúde no atendimento à população LGBTQIA+, a fim de garantir um atendimento adequado e resolutivo. A quebra da estigmatização, integralidade na assistência e abordagem biopsicossocial voltada a esse grupo são aspectos extremamente necessários na práxis de uma abordagem qualificada.

É válido enfatizar, por fim, a intrínseca relação entre preconceito racial, socioeconômico e LGBTfobia, cuja inter-relação se encontra amplamente enraizada no âmbito social. Tais fatores perpassam a gênese das inúmeras dificuldades enfrentadas pela população LGBTQIA+ na assistência à saúde. Dessa forma, a luta pela modificação de tal realidade representa mais que um dever moral de nossa sociedade, significa um compromisso com a dignidade da pessoa humana.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliva T. Minorias sexuais enquanto “grupo social” e o reconhecimento do status de refugiado no Brasil. Brasília: ACNUR Brasil, 2012.
- 2- Santos RCS, Schor N. As primeiras respostas à epidemia de AIDS no Brasil: influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. *Psic. Rev.* 2015;24(1):45-59.
- 3- Sampaio JV, Germano IMP. Políticas públicas e crítica queer: Algumas questões sobre identidade LGBT. *Psic & Societ*, 2014;26(2):290-300.
- 4- Lima MDA, Souza AS, Dantas MF. Os desafios à garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Interfaces: Saúde, Hum e Tecnol*, 2016;3(11).
- 5- Almeida G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis Rev Saúde Coletiva*, 2009;19 (2):301-331.
- 6- Natarelli TRP, Braga IF, Oliveira WA, Silva MAI. O impacto da homofobia na saúde do adolescente. *Esc Anna Nery*, 2015;19(4):664-670.
- 7- Minayo MCS, Gomes SFD. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 30a ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- 8- Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

- 9- Silva JWSB, Silva Filho CN, Bezerra HMC, Duarte KVN, Quinino LRM. Políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT e à atuação do controle social. *Rev Saúde Pùb Paraná*, 2017;18(1):140-149.
- 10- Santos AB, Shimizu HE, Merchan-Hamann E. Processo de formação das representações sociais sobre transexualidade dos profissionais de saúde: possíveis caminhos para superação do preconceito. *Cièn & Saúde Colet*, 2014;19(11):4545-4554.
- 11- Pereira GR, Bahia AGMF. Direito fundamental à educação, diversidade e homofobia na escola: desafios à construção de um ambiente de aprendizado livre, plural e democrático. *Educar Rev*, 2011;(39):51-71.
- 12- Bezerra MVR, Moreno CA, Prado NMBL, Santos AM. Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde Deb*, 2019;43(spe8):305-323.
- 13- Yared YB, Melo SMM. Opção sexual ou orientação sexual?: A compreensão de professores de um curso de Medicina sobre sexualidade. *Rev Portug Educ*, 2018;31(2):175-195.
- 14- Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol: Cièn Profis*, 2012; 32(3):552-563.
- 15- Brasil. Homens gays e bissexuais: direitos, saúde e participação social. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 16- Massignam FM, Bastos JLD, Nedel FB. Discriminação e saúde: um problema de acesso. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015;24(3):541-544.