

Análise do preconceito e da discriminação de profissionais de saúde contra usuárias lésbicas em Unidades Básicas de Saúde

Analysis of prejudice and discrimination by healthcare professionals against lesbian users in Basic Health Units

Análisis del prejuicio y la discriminación de profesionales de la salud hacia usuarias lesbianas en Unidades Básicas de Salud

Recebido: 16/09/2023 | Revisado: 23/09/2023 | Aceitado: 24/09/2023 | Publicado: 26/09/2023

Michael Augusto Souza de Lima

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1622-5450>
Centro Universitário de João Pessoa, Brasil
E-mail: michaelsouzalima@gmail.com

Clóvis Pereira da Costa Júnior

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1163-8889>
Prefeitura Municipal de João Pessoa, Brasil
E-mail: costajunior.cp@gmail.com

Amanda Trajano Batista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6243-4865>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: amandatrajano92@gmail.com

Isabelle Tavares Amorim

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6756-1772>
Centro Universitário de João Pessoa, Brasil
E-mail: isabellepsico.it@gmail.com

Pollyana Ludmilla Batista Pimentel

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8112-0703>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: pollypimentel09@gmail.com

Sammya Gabryella Soares Pereira Campos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1338-2135>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: sammyagcampos@gmail.com

Ana Alayde Werba Saldanha

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7081-5497>
Universidade Federal da Paraíba, Brasil
E-mail: analayde@gmail.com

Resumo

Objetivou-se investigar e analisar o preconceito de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) contra usuárias lésbicas. Para tanto, foi elaborado um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com design qualitativo e amostragem não probabilística, realizado em diferentes Unidades Básicas de Saúde distribuídas entre os cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Participaram do estudo 31 profissionais de saúde que, no momento da coleta, estavam trabalhando em uma das UBS visitadas. Para coleta dos dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e a técnica do *Priming*, com questões posteriores ao estímulo. Como resultados, verificou-se que a desconsideração, por parte dos profissionais de saúde, da existência de situações de discriminação nos serviços de saúde, indicou a possibilidade de ocorrência de reforço na identidade social positiva do grupo. Já que ao negar a ocorrência da discriminação nos serviços em que atuam, os participantes demonstraram uma possível transformação na qualidade dos atendimentos, evitando possíveis julgamentos sociais. Percebeu-se também indicativos de preconceito sutil por parte dos participantes, já que, ao tentarem justificar a negação do direito ao atendimento em saúde às usuárias lésbicas, poderiam estar, na verdade, tentando suprimir seus próprios preconceitos em relação às usuárias. Por fim, concluiu-se que os dados obtidos podem servir de indicadores para gestores acerca da forma como profissionais de saúde concebem a saúde sexual de mulheres lésbicas, servindo de norteador para o surgimento de alternativas que favoreçam reflexões e transformações nas condutas dos profissionais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Saúde sexual; Minorias sexuais e de gênero.

Abstract

The aim was to investigate and analyze the prejudice of doctors, nurses, nursing technicians, and community health agents who work in Basic Health Units (BHUs) against lesbian users. For this purpose, an exploratory and descriptive study was conducted, of a cross-sectional nature, with a qualitative design and non-probabilistic sampling, carried out in different Basic Health Units distributed among the five sanitary districts of the city of João Pessoa, Paraíba, Brazil. The study included 31 healthcare professionals who, at the time of data collection, were working in one of the visited BHUs. Data collection utilized a sociodemographic questionnaire and the Priming technique, with subsequent questions following the stimulus. As a result, it was observed that the disregard, by healthcare professionals, of the existence of situations of discrimination in healthcare services, indicated the possibility of reinforcing the positive social identity of the group. By denying the occurrence of discrimination in the services where they work, participants demonstrated a potential transformation in the quality of care, avoiding possible social judgments. There were also indications of subtle prejudice on the part of participants, as they attempted to justify the denial of healthcare rights to lesbian users, potentially trying to suppress their own prejudices towards these users. Finally, it was concluded that the obtained data can serve as indicators for managers regarding how healthcare professionals perceive the sexual health of lesbian women, guiding the development of alternatives that promote reflection and changes in professional conduct.

Keywords: Primary health care; Sexual health; Sexual and gender minorities.

Resumen

El objetivo fue investigar y analizar el prejuicio de médicos, enfermeras, técnicos en enfermería y agentes comunitarios de salud que trabajan en Unidades Básicas de Salud (UBS) contra usuarias lesbianas. Para ello, se llevó a cabo un estudio exploratorio y descriptivo, de naturaleza transversal, con un diseño cualitativo y muestreo no probabilístico, realizado en diferentes Unidades Básicas de Salud distribuidas en los cinco distritos sanitarios de la ciudad de João Pessoa, Paraíba, Brasil. En el estudio participaron 31 profesionales de la salud que, en el momento de la recolección de datos, estaban trabajando en una de las UBS visitadas. Para la recopilación de datos se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la técnica del "Priming", con preguntas posteriores al estímulo. Como resultado, se observó que el desprecio por parte de los profesionales de la salud hacia la existencia de situaciones de discriminación en los servicios de salud indicó la posibilidad de fortalecer la identidad social positiva del grupo. Al negar la ocurrencia de discriminación en los servicios en los que trabajan, los participantes demostraron una posible transformación en la calidad de la atención, evitando posibles juicios sociales. También hubo indicios de prejuicio sutil por parte de los participantes, ya que al intentar justificar la negación del derecho a la atención médica a las usuarias lesbianas, podrían estar tratando de suprimir sus propios prejuicios hacia estas usuarias. En conclusión, se encontró que los datos obtenidos pueden servir como indicadores para los gestores en cuanto a cómo los profesionales de la salud perciben la salud sexual de las mujeres lesbianas, orientando el desarrollo de alternativas que promuevan la reflexión y cambios en la conducta profesional.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud sexual; Minorías sexuales y de género.

1. Introdução

É perceptível que a luta pelos direitos LGBTQIAPN+, realizada por grupos pertencentes à sociedade civil, tem alcançado alguns avanços no que diz respeito às mudanças na legislação que coíbem manifestações de comportamentos discriminatórios. Tais modificações são fruto da inquietação de populações consideradas minoritárias diante da falta de garantias do Estado.

A mais recente, e talvez a de maior abrangência, data do ano de 2019, quando ocorreu o entendimento do STF - Supremo Tribunal Federal brasileiro, de que existiu omissão inconstitucional do Congresso Nacional, por não editar uma lei que criminalize atos de homofobia, de modo que os ministros do STF, em votação, decidiram por enquadrar as práticas de homofobia como tipo penal definido na Lei do Racismo (Lei 7.716/1989), até que o Congresso Nacional venha a editar lei sobre a matéria (Supremo Tribunal Federal, 2019).

Embora tais avanços possam indicar, aparentemente, uma maior abertura para a aceitação social de pessoas homossexuais (Andersen & Fetner, 2008; Carneiro & Menezes, 2007; Costa et al., 2010), ainda persistem as manifestações explícitas de violência física e/ou violência psicológica, mediante falas e comentários discriminatórios, envoltos de preconceito e intolerância em relação à diversidade sexual.

Em um relatório intitulado "População LGBT Morta no Brasil," elaborado pelo Grupo Gay da Bahia no ano de 2018, identificou-se, com base no ano de 2017, um aumento significativo de mortes em decorrência de LGBTfobia, se comparado a

anos anteriores. Além disso, segundo o mesmo relatório, a cada 20 horas, um LGBTQIAPN+ é assassinado ou se suicida vítima da LGBTfobia, fatos que colocam o Brasil como campeão mundial de crimes contra as minorias sexuais (Michels et al., 2018).

Especificando os grupos afetados pela LGBTfobia e suas principais formas de manifestação, o Ministério dos Direitos Humanos apontou no relatório intitulado "Violência LGBTfóbica no Brasil: dados da violência," também datado de 2018, que na população de mulheres lésbicas, a violência se materializa, do maior para o menor grau, por meio da discriminação, seguida pela violência psicológica e pela violência física (Ministério dos Direitos Humanos, 2018).

Além disso, o relatório também indicou quais são os principais locais onde ocorrem as violações contra a população lésbica, sendo o principal, a própria residência da vítima, seguido pela rua e outros locais. Faz-se importante mencionar que, dentro da opção "outros locais," estão incluídos, segundo o relatório, os serviços de saúde, como, por exemplo, em UBS (Unidades Básicas de Saúde) e hospitais, onde essas mulheres buscaram atendimento.

Esse fato corrobora alguns estudos (Coelho, 2001; Lionço, 2008; Barbosa & Facchini, 2009; Melo, 2010; Lima, 2016; Lima, 2020; Rodrigues & Falcão, 2021; Silveira & Cerqueira-Santos, 2022) que apontam a existência de queixas sobre a qualidade dos atendimentos em saúde recebidos por essas mulheres, muitas vezes constituídos muito mais por comportamentos discriminatórios, condutas inadequadas, situações constrangedoras, conotações preconceituosas ou até ofensas verbais oriundas de alguns profissionais que atuam nos serviços de saúde (Heck et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Knauth, 2009; Meinerz, 2009). Em alguns casos, Paulino (2016) e Fébole (2017) destacam que a discriminação e o preconceito parecem orientar o olhar dos profissionais de saúde para essa população.

Dessa maneira, considera-se que a forma como o atendimento em saúde é conduzido seria de extrema importância para essas mulheres, podendo ser, por um lado, demarcado por situações favoráveis e satisfatórias, que irão beneficiar a promoção da saúde sexual dessa população, e, por outro, podendo ser traumático, gerando dificuldades de comunicação entre os profissionais de saúde e as usuárias, podendo também se constituir em um espaço para o desenvolvimento de situações de violação, baseadas no preconceito e expressas pela discriminação (Araujo, 2015).

Em relação ao preconceito específico contra a população LGBTQIAPN+, autores como Lacerda, Pereira & Camino (2002) realizaram importantes descobertas em "Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais," em que identificaram dois tipos distintos de manifestação do preconceito: o explícito e o sutil. Segundo os autores, no preconceito explícito, os indivíduos "exprimem rejeição à proximidade e expressam mais emoções negativas do que positivas em relação aos homossexuais" (Lacerda et al., 2002, p. 75). Já os preconceituosos sutis, de maneira contrária, demonstram menor rejeição à proximidade e menos emoções negativas, no entanto, isso não os faz expressar mais emoções positivas.

Para Myers (1995), no preconceito sutil, as pessoas suprimem, de forma consciente e intencional, seus pensamentos e sentimentos preconceituosos. Uma possível explicação para este fenômeno seria a influência da pressão social normativa que busca pela igualdade e pela tolerância (Castillo et al., 2003). Em relação às formas de investigação do preconceito, Lacerda et al. (2002) salientam que existem diferentes formas de análise. Abordagens cognitivistas se debruçaram em seu estudo, a exemplo da perspectiva das relações intergrupais proposta por Tajfel (1981), que contempla variáveis como a categorização social, comparação social, o favoritismo endogrupal e a identidade social, teoria essa que baseia o presente estudo.

Para o referido autor, manifestações de hostilidade e discriminação, provenientes do preconceito, seriam decorrentes do processo de categorização social. Segundo ele, enquadrar indivíduos em categorias sociais seria o fator que determinaria o preconceito. Com isso, Tajfel (1981) propõe, na Teoria da Identidade Social, a existência de uma comparação entre os grupos internos (endogrupo) e os externos (exogrupo), sendo este o mecanismo que determina a dinâmica das relações entre os grupos. Neste sentido, o indivíduo que sofre preconceito não o sofre exatamente por ser quem é, mas sim, como destaca

Patatas (2014), por pertencer a um grupo específico ao qual são atribuídas características generalizantes que resultariam na instalação de rótulos que, na maioria das vezes, são de cunho pejorativo.

É importante considerar que o processo de identidade social não ocorre no vazio, como destaca Rivera (2009), mas dentro de um contexto histórico no qual os grupos estão inseridos, fazendo com que estes mantenham relações intergrupais diversas ao longo do tempo (Sandoval, 1996). Ainda para Rivera (2009), nesse processo, os indivíduos seriam influenciados pelas estruturas sócio-políticas, que tanto podem vir a afetar as representações que esses possuem sobre si mesmos e sobre a sociedade, como também podem afetar o comportamento social (Camino, 1996).

Esse comportamento social pode ser percebido dentro de um *continuum* entre dois polos: interpessoal e intergrupar (Tajfel, 1981). Segundo Galvão (2009), no polo interpessoal estão as relações pessoais e individuais. Aqui existe uma maior flexibilização, menor estereótipia, fazendo com que os indivíduos percebam uma maior variabilidade nos comportamentos individuais dos membros do exogrupo. Já no polo intergrupar há intensificação na filiação ao grupo, tornando a diferenciação entre endogrupo e exogrupo ainda maior. Existe rigidez, aumento de estereótipos e preconceitos contra o exogrupo, bem como a desconsideração das diferenças individuais dos membros externos (Galvão, 2009).

Acerca da mudança social nas relações, Tajfel (1981) evidencia a existência de um outro *continuum*, que diz respeito ao comportamento social dos indivíduos. Segundo Patatas (2014), este *continuum* é formado por dois extremos, um composto pelas crenças de mobilidade social, e outro pela mudança social. A mobilidade social diz respeito ao movimento realizado pelos indivíduos, com o intuito de promover uma melhoria da posição social dentro do próprio grupo (Tajfel, 1981; Patatas, 2014; Galvão, 2009). Já a mudança social estabelece o “fortalecimento do grupo como um todo, para que, num movimento social, este possa melhorar a sua imagem e conceito” (Galvão, 2009, p. 39).

Assim, como estratégia de mudança social, os indivíduos podem buscar ressignificar valores usados para comparação entre os grupos, e que foram, até então, utilizados para manter o distanciamento social por meio da discriminação. No entanto, como destacam Pérez-Nebra e Jesus (2011), no processo de mudança no quadro do preconceito, é necessário que ocorra a reflexão crítica por parte dos indivíduos preconceituosos. Porém, a dificuldade estaria no fato de que essa reflexão deve partir do indivíduo, e não de forma impositiva ou forçada. A expressão do preconceito contra homossexuais no Brasil não é homogênea, sendo necessária atenção especial à desigualdade das relações de gênero existente no país, bem como o preconceito contra a não conformidade de gênero, que parecem explicar, se não causar, a maior parte do preconceito (Costa et al., 2013).

Na saúde, por exemplo, normas sociais são impostas por meio de disposições e práticas que buscam exercer o controle e regulação do corpo. Neste sentido, Toledo (2008) salienta que esse controle se baseia no sistema sexo/gênero e na heteronormatividade, fazendo com que as lésbicas apenas sejam aceitas quando seguem um modelo comportamental considerado “aceitável” dentro do padrão de normalidade heterossexual.

Logo, considera-se que o quadro de saúde dos indivíduos é perpassado por determinantes sociais, evidencia-se que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero, que na saúde podem ser materializadas, por exemplo, por meio de diferentes condutas dos profissionais nos atendimentos em saúde sexual, pode interferir na determinação social da saúde ao favorecer o desenvolvimento de processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura dessas mulheres (Souza, 2018).

Nesse interim, destaca-se a relevância de investigar a existência de preconceito e de discriminação contra usuárias lésbicas que fazem uso da atenção primária, logo, o presente estudo objetivou investigar e analisar o preconceito de médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes de saúde que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) contra usuárias lésbicas. Pretende-se contribuir com dados que possam tornar visíveis preconceitos contra usuárias lésbicas na atenção primária, de modo a servirem de alerta para que alternativas sejam pensadas por gestores com a finalidade de buscar mecanismos que gerem reflexões e transformações nas condutas dos profissionais.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de caráter transversal, com abordagem qualitativa e amostragem não probabilística (Pereira, et al., 2018; Merchán-Haman & Tauil, 2022), realizado em diferentes Unidades Básicas de Saúde distribuídas entre os cinco distritos sanitários da cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Participantes

A amostra foi determinada por um processo de múltiplos estágios que se dividiu em três etapas: agrupamento de todas as UBS pertencentes a cada um dos cinco distritos sanitários existentes em João Pessoa, escolha das UBS e seleção por conveniência dos profissionais do serviço. Respeitando o critério de proporcionalidade dos distritos, foram selecionadas por conveniência 10% do total das UBS em cada distrito, resultando em uma amostra total de 8 unidades de saúde, localizadas em 8 bairros de João Pessoa. Quanto ao número de participantes, a amostra final foi não probabilística e por conveniência, composta por 31 profissionais de saúde que, no momento da coleta, estavam trabalhando em uma das UBS visitadas.

A escolha das Unidades de Saúde da Família se deu pelo fato de funcionarem como verdadeiras portas de entrada aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É importante destacar que, para evitar possíveis identificações dos locais e/ou dos participantes, foram omitidos os nomes dos bairros onde se localizam as unidades visitadas. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: (a) recusa em participar do estudo; (b) o participante não ser médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem ou agente de saúde da UBS. Assim, fizeram parte do estudo 31 (trinta e um) participantes, com idades variando de 25 a 49 anos ($M=37,8$; $DP=6,6$), sendo a maioria ($N=22$) do gênero feminino.

Instrumentos

Foi utilizado um questionário sociodemográfico com o intuito de caracterizar o perfil dos participantes da pesquisa, contendo itens sobre idade, gênero e cargo. Também foi utilizada a técnica do *Priming*, que se refere à influência que a exposição prévia a determinado estímulo pode exercer na resposta a um estímulo subsequente, sem que o indivíduo tenha consciência dessa influência (Bargh, 2006; Bargh & Chartrand, 2000). Trata-se de uma técnica amplamente utilizada, principalmente para a investigação de percepções, comportamentos, motivações, avaliações ou decisões (Bargh, 2006; Dijksterhuis & Bargh, 2001).

No presente estudo, o *Priming* utilizado consistiu na apresentação de um enredo baseado em fatos reais, intitulado “O Caso Sofia”: “Sofia é uma jovem de 19 anos, estudante de medicina veterinária e apaixonada por animais. Em um determinado dia, Sofia buscou atendimento médico em uma Unidade de Saúde da Família, pois sua menstruação estava atrasada há alguns dias e ela estava sentindo cólicas incômodas em seu ventre. Era a primeira vez que Sofia seria atendida naquela unidade, e por isso ela não conhecia os profissionais que ali trabalhavam. Ao entrar na sala do médico, ela o cumprimentou e explicou seu problema. A primeira suspeita do médico foi gravidez, e ele logo solicitou um teste de gravidez a Sofia, em seguida a orientou sobre o uso de anticoncepcionais e recomendou que ela usasse preservativos ao praticar sexo com seu parceiro. No entanto, Sofia disse que seria impossível estar grávida, pois só mantinha relações sexuais com sua namorada, já que ela é lésbica. O médico pediu desculpas a Sofia e indicou que ela procurasse outro profissional, pois ele não poderia atendê-la.”

Seguindo a apresentação do enredo que compõe a técnica do *Priming*, foram apresentadas quatro questões relacionadas ao tema para que os participantes as analisassem e as respondessem. Essas questões diziam respeito ao preconceito e à discriminação:

1. Você acredita que Sofia sofreu algum tipo de discriminação neste atendimento? Por quê?
2. É justificável que os profissionais de saúde se recusem a atender as usuárias lésbicas por não manterem práticas sexuais heterossexuais? Por quê?

3. As lésbicas são discriminadas nas Unidades de Saúde da Família no Brasil? Por quê?
4. Você já presenciou alguma situação em que tenha ocorrido algum tipo de discriminação em alguma Unidade de Saúde da Família contra lésbicas? Como foi a situação?

Procedimentos e Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido, apreciado e aprovado pela Gerência de Educação em Saúde (GES) da Prefeitura Municipal da cidade escolhida. Após a aprovação da GES e a emissão da Carta de Anuência, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, através da Plataforma Brasil, para que a execução fosse autorizada. A pesquisa recebeu parecer favorável para sua execução emitido pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprovada com o número CAAE: 71675917.0.0000.5188 e parecer número: 2.304.028. Em seguida, a GES emitiu o encaminhamento necessário para a realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com o encaminhamento em mãos, foi realizado o primeiro contato com as USF selecionadas, durante o qual toda a documentação necessária para autorizar a execução do estudo foi apresentada, juntamente com a proposta de pesquisa. Foi estabelecido um acordo para a coleta de dados nas instalações das UBS.

É importante ressaltar que este estudo seguiu todos os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais que envolvem procedimentos metodológicos com dados diretamente obtidos dos participantes ou informações identificáveis, que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, especialmente aquelas contidas no item IV.3 da referida resolução.

Os profissionais foram convidados a participar do estudo, no qual foi explicado o objetivo da pesquisa e a natureza voluntária da participação, garantindo o anonimato dos participantes e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e, se concordassem em participar do estudo, assinaram uma cópia do TCLE. Uma cópia do TCLE foi entregue a cada participante.

A coleta foi realizada em locais mais reservados dentro das UBS, como salas, jardins ou copas, com o objetivo de proporcionar um ambiente confortável para os participantes responderem aos instrumentos. Posteriormente, os participantes foram solicitados a mencionar as três primeiras palavras que lhes ocorressem após ouvirem cada estímulo indutor. As palavras mencionadas pelos participantes foram registradas para análises posteriores.

Análise dos Dados

Os dados obtidos no questionário sócio-demográfico foram analisados através do Software PASW Statistics (SPSS) for Mac - versão 23, onde foram utilizadas medidas de posição (Média; Mediana) e de variabilidade (Desvio-Padrão). Já aqueles obtidos a partir da técnica do *Priming* foram analisados através da técnica de análise de conteúdo categorial temática, baseada no modelo de Gomes (1994), com categorias criadas *a posteriori*. Para a finalização das categorias foi solicitado o auxílio de dois juízes que puderam constatar se todos os trechos representativos estariam em consonância com os agrupamentos e classes temáticas elaborados.

3. Resultados

A análise de conteúdo categorial temática foi realizada com base nas cinco questões relacionadas ao enredo apresentado no *Priming*. Como resultado, foram identificadas inicialmente 12 categorias, que foram agrupadas em quatro categorias intermediárias com base nos temas que emergiram. Posteriormente, essas categorias intermediárias foram agrupadas novamente para se obter o menor número possível de categorias finais, resultando em duas categorias finais. Para facilitar a compreensão, as categorias finais foram apresentadas em duas tabelas. A primeira delas corresponde à categoria final

"Atendimento", conforme apresentado na Tabela 1:

Tabela 1 - Análise da Categorical Temática – Primeira Categoria Final.

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categoria Final
1. Ocorrência de Preconceito e Discriminação contra à Usuária Lésbica;		
2. Erro de Abordagem na Consulta;	Conduta Insatisfatória	
3. Encaminhamento Indevido;		
4. Direito à Saúde Violado.		
1. Prática Padrão de Atendimento;		
2. Reconhecimento do Profissional de Limitação para o Atendimento;	Conduta Satisfatória	I. Atendimento
3. Cordialidade no Atendimento.		

Fonte: Autores.

A categoria final "Atendimento" agrupou categorias intermediárias e iniciais que possuem como conceito norteador a percepção dos participantes em relação à conduta do profissional de saúde apresentado na técnica do *Priming*. Neste sentido, foram identificadas duas categorias intermediárias.

Conduta Insatisfatória

A primeira categoria intermediária foi nomeada de "Conduta Insatisfatória", que evidencia posicionamentos contrários à forma como o médico agiu frente à personagem Sofia:

“-Ocorreu discriminação por orientação sexual” (Participante 15; Gênero Feminino).

“-Discriminação sem motivo” (Participante 25; Gênero Feminino).

A partir das respostas dos participantes 15 e 25, infere-se a existência de percepções desfavoráveis acerca da conduta realizada pelo médico no enredo apresentado. Para esses participantes, ao não atender a usuária em decorrência de sua orientação sexual, o médico teria manifestado um comportamento discriminatório. Também foram suscitados posicionamentos contrários em relação à forma como o personagem do médico abordou a personagem da usuária no início do atendimento. Alguns participantes consideraram errada a conduta inicial do profissional:

“-Teria sido evitado o equívoco se no início da consulta ele tivesse perguntado 'O que você acha que pode ser?'" (Participante 1; Gênero Feminino).

“-O médico deveria ter perguntado a Sofia sobre a possibilidade de gravidez. Após saber que ela não teria risco de estar grávida, ele poderia ter interrogando-a mais sobre a dor em seu ventre” (Participante 3; Gênero Feminino).

Segundo os posicionamentos dos participantes 1 e 3, antes de encaminhar Sofia para outro profissional, ele deveria ter investigado mais para compreender a origem da dor que a jovem relatou. De acordo com a participante 6, seria mais oportuno ao profissional questionar sobre as práticas sexuais da jovem antes de alegar que ela poderia estar grávida. Alguns participantes consideraram que, ao encaminhar a usuária para outro serviço/profissional, o médico também incorreu em um erro de conduta,

como está evidenciado nas seguintes respostas:

“-Ele deveria ter continuado o atendimento e não ter encaminhado para outro médico” (Participante 2; Gênero Masculino).

“-Ela não precisava de encaminhamento para outro profissional” (Participante 5; Gênero Feminino).

Conduta Satisfatória

A segunda categoria intermediária que compõe a categoria final "Atendimento" foi nomeada de "Conduta Satisfatória". Essa categoria evidencia os posicionamentos dos participantes que, em diferentes graus, apontaram justificativas para a conduta do personagem do médico, de sorte que, tal conduta foi, mesmo que não totalmente, considerada satisfatória na visão de parte dos participantes.

“-A conduta inicial foi correta” (Participante 11; Gênero Feminino).

Na resposta da participante 11 verifica-se a percepção de que a conduta inicial do personagem do médico não foi errada ou reprovável. Alguns participantes consideraram a prática do personagem do médico como sendo resultado de uma limitação por parte do mesmo em oferecer atendimento à usuária lésbica. Ao mesmo tempo, descartaram a existência de qualquer manifestação de comportamento negativo, pois perceberam a conduta do médico como cordial e adequada à situação.

“-A meu ver, não. O médico se desculpou e indicou um profissional mais adequado. Ele não a destratou, apenas não tinha conhecimento, talvez, sobre as práticas lésbicas” (Participante 7; Gênero Masculino).

Para o participante 7, o personagem do médico apenas estava despreparado para lidar com a situação, ou seja, com a homossexualidade da usuária, e, por isso, a recusa do atendimento teria sido uma conduta adequada. A segunda e última categoria final localizada após a categorização dos resultados foi nomeada de "Preconceito e Discriminação na Saúde". Nela, foram identificadas duas categorias intermediárias, como será exibido na Tabela 2.

Tabela 2 - Análise da Categorical Temática – Segunda Categoria Final.

Categorias Iniciais	Categorias Intermediárias	Categoria Final
1. Percepção de Inexistência de Preconceito e Discriminação nos Serviços de Saúde;	Negação do Preconceito	II. Preconceito e Discriminação na Saúde
2. Desconhecimento de Situações de Discriminação nos Serviços de Saúde;		
3. Preparo Profissional contra o Preconceito.		
1. Formas de Expressão de Discriminação;	Materialização do Preconceito	
2. Preconceito Sutil.		

Fonte: Autores.

A primeira categoria intermediária foi denominada "Negação do Preconceito," evidenciando os posicionamentos dos

participantes que não consideram a existência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde.

“-Não tenho conhecimento de nenhum caso” (Participante 3; Gênero Feminino).

“-Nunca presenciei esse tipo de discriminação” (Participante 5; Gênero Feminino).

As participantes 3 e 5, ao serem questionadas se já presenciaram alguma situação de discriminação nas Unidades de Saúde da Família onde atuam ou já atuaram, responderam que não. Os participantes também apresentaram respostas que indicam a percepção de que não existiriam situações de discriminação nos serviços de saúde:

“-Nas unidades de saúde, eu acho que não. Mas na sociedade, sim. Nas ruas, nas escolas, na igreja, etc.” (Participante 7; Gênero Masculino).

“-Não. Atualmente, isso não ocorre na saúde” (Participante 31; Gênero Feminino).

Nas respostas dos participantes 7 e 31, infere-se a percepção de que, para eles, não existiriam situações de discriminação nos serviços de saúde. Para o participante 7, a discriminação não acontece nos serviços de saúde, embora ele perceba sua ocorrência em outros setores da sociedade. Já a participante 31 considera que esse tipo de situação não ocorre atualmente na área da saúde. Para alguns participantes, o preconceito e a discriminação não estão presentes nas unidades de saúde porque percebem os profissionais de saúde como aptos e preparados para oferecer atendimento adequado às usuárias lésbicas.

“-Não, pois todos os profissionais são esclarecidos” (Participante 10; Gênero Feminino).

“-Não, porque os profissionais de saúde seguem a ética durante os atendimentos” (Participante 31; Gênero Feminino).

As participantes 10 e 31 partem do pressuposto de que existe um manejo adequado por parte dos profissionais no atendimento dessas mulheres, minimizando ou até eliminando situações de discriminação. A participante 10 considera que os profissionais são esclarecidos, ou seja, possuem conhecimentos sobre o manejo correto nos atendimentos. Já a participante 31 considera que os atendimentos ocorrem de forma ética, evitando, assim, situações de violação.

Materialização do Preconceito

A segunda e última categoria intermediária que compõe a categoria final “Preconceito e Discriminação na Saúde” *Materialização do Preconceito*, que evidencia os posicionamentos dos participantes que consideraram a existência de preconceito e discriminação nos serviços de saúde, relatando suas formas de expressão e a existência do preconceito sutil.

“-Uma pessoa se referiu a lésbicas e gays como seres naturalmente promíscuos” (Participante 6; Gênero Feminino).

“-Presenciei fofocas sobre uma paciente que é lésbica” (Participante 9; Gênero Feminino).

“-Foi um caso isolado onde um profissional se expressou de forma preconceituosa. A própria paciente tinha raiva do profissional por se sentir discriminada” (Participante 19; Gênero Feminino).

Nos relatos das participantes 6, 9 e 19 é possível identificar a materialização de expressões do preconceito, bem como a forma como tais expressões foram expostas nos serviços de saúde. As participantes 6 e 9 evidenciam o conhecimento sobre o preconceito sutil ao dizerem que, presenciaram manifestações do preconceito em forma de comentários negativos e fofocas.

4. Discussão

De modo geral, pôde-se observar diferentes percepções que dividiram os posicionamentos em dois grupos opostos: desfavoráveis e favoráveis à conduta do personagem do médico que negou atendimento médico à personagem Sofia.

Em relação às percepções dos participantes sobre o preconceito e a discriminação em saúde contra as lésbicas, que compõem essa primeira categoria intermediária da categoria final “Atendimento”, infere-se, com base no modelo teórico da identidade social de Tajfel (1981), que esses manifestaram respostas contrárias à situação de violação sofrida pela personagem Sofia, assim, suas respostas estariam localizadas, tomando como referência o continuum da mudança social das relações, dentro do que o autor nomeou como processo de mudança social.

Parte dos participantes apresentou posturas que vão contra a manutenção da situação de discriminação social na qual as lésbicas vêm sendo historicamente inseridas. Neste caso, supõe-se a ocorrência de ressignificação de conceitos, crenças e atitudes, sendo esses substituídos por outros mais favoráveis à igualdade e ao respeito à diversidade sexual.

Trata-se de um resultado animador, já que, segundo Fébole (2017), no campo da saúde, as manifestações da sexualidade não-heterossexual são invisibilizadas, ao passo que a heterossexualidade compulsória é o que alicerça o espaço de atendimento. Esse resultado pode indicar que parte dos profissionais de saúde investigados no presente estudo estariam mais abertos a mudanças de visões de mundo, e direcionados ao oferecimento de atendimentos isentos de preconceito ou de comportamentos discriminatórios, assim como de fato deve ocorrer.

Porém, isso não significaria o fim do preconceito e da discriminação das usuárias lésbicas nos serviços de saúde, tendo em vista que, além de se tratar de uma quantidade não generalizável de participantes, não é possível descartar a ocorrência de fatores externos que podem ter afetado as respostas, como, por exemplo, a desejabilidade social.

Esse fato fica evidente ao se analisar as percepções que compuseram a segunda categoria intermediária da categoria final “Atendimento”. Nela, há o indicativo da presença da heterossexualidade compulsória, prática que passa a considerar que todos sejam heterossexuais. Segundo Fébole (2017), trata-se da naturalização da heterossexualidade como padrão social, onde aqueles que não estão enquadrados enquanto heterossexuais teriam suas vivências afetivo-sexuais deslegitimadas socialmente.

Nos serviços de saúde, a falta de legitimidade da sexualidade das lésbicas fica evidente principalmente em situações em que os profissionais desconsideram qualquer outra forma de expressão da sexualidade humana, que não seja a heterossexual, partindo, por exemplo, da ideia equivocada de que todas as usuárias mantêm práticas exclusivamente com homens, sem ao menos questionar a orientação sexual das mesmas. Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a inclusão do questionamento sobre a orientação sexual da usuária seria a forma mais indicada e correta dos profissionais saberem se essa se identifica enquanto lésbica, bissexual ou simplesmente mantêm relações sexuais ocasionais com outras mulheres.

O questionamento sobre a orientação sexual da usuária também pode propiciar a criação de um canal que facilitaria o diálogo, além de indicar que o profissional está engajado em oferecer atendimento direcionado às especificidades e vivências de cada usuário (Lima, 2020). À medida que os profissionais de saúde desconhecem as vivências sexuais e especificidades das usuárias lésbicas, estariam ignorando as singularidades dessas mulheres e negando o direito à saúde sexual (Coelho, 2001). Logo, presumir uma orientação ou qualquer manifestação de sexualidade, sem consultar a usuária, é irresponsável, antiético e preconceituoso.

Assim, infere-se que os participantes que consideraram a conduta do personagem do médico correta podem estar

manifestando o preconceito sutil, já que, ao concordarem com a conduta da negação do atendimento a Sofia ou tentarem justificá-la, estariam suprimindo, de forma intencional, seus pensamentos e sentimentos preconceituosos, pelo receio de sofrerem algum julgamento moral.

Além disso, por manifestarem respostas favoráveis à conduta do personagem do médico, esses participantes poderiam, a partir do modelo teórico de Tajfel (1981), que salienta que as relações entre os grupos variam dentro de um continuum com dois polos opostos (interpessoal e intergrupais), ser considerados como pertencentes ao polo intergrupais, onde há intensificação na filiação ao grupo, aumentando assim a diferenciação entre endogrupo e exogrupo (Galvão, 2009).

Neste polo, ocorre uma maior rigidez às diferenças intergrupais, um aumento de estereótipos e preconceitos contra o exogrupo, bem como a desconsideração das diferenças individuais dos membros externos (Galvão, 2009). Dessa forma, é possível considerar que os participantes que emitiram respostas favoráveis e justificativas para a conduta do médico que negou atendimento à usuária tenderiam a buscar um maior estreitamento intergrupais, como forma de reforçar as características do grupo.

Essa necessidade de reforçar as características do grupo pode estar relacionada, por exemplo, com a existência do corporativismo profissional, que faz com que indivíduos que se identifiquem com outros em decorrência da proximidade de suas profissões e, em alguns casos, assumam condutas semelhantes em suas práticas profissionais, busquem positivamente tais práticas, como forma de também não serem questionados por suas condutas.

A justificativa que foi utilizada de forma recorrente, de que o médico possuía limitações para dar continuidade ao atendimento à usuária lésbica, pode ser um exemplo do corporativismo, já que é eticamente e socialmente esperado que os profissionais, devidamente formados, estejam aptos a exercerem sua profissão, independentemente da orientação sexual dos usuários. Logo, a negação do atendimento seria uma conduta reprovável. Porém, quando o grupo majoritário compartilha seu ponto de vista, mesmo que injustificável, e o defende, este pode vir a adquirir força e tornar-se inquestionável, em decorrência do corporativismo e da valoração social que o grupo majoritário possui em comparação ao minoritário.

Em relação à segunda e última categoria final, intitulada “Preconceito e Discriminação na Saúde”, percebeu-se que, na primeira categoria intermediária chamada de Negação do Preconceito, foram recorrentes falas de que não existiram manifestações de discriminação nos serviços de saúde, contudo, sabe-se que estas percepções não correspondem àquilo que de fato ocorre na realidade diária de diversas mulheres lésbicas que buscam pelos serviços de saúde, principalmente os públicos.

Segundo alguns estudos (Coelho, 2001; Lionço, 2008; Barbosa & Facchini, 2009; Melo, 2010; Lima, 2016; Lima, 2020; Santos, 2022), é recorrente a existência de queixas sobre a qualidade dos atendimentos oferecidos nos serviços de saúde. Conotações preconceituosas e comportamentos discriminatórios advindos de profissionais de saúde despreparados são algumas das queixas das usuárias (Heck et al., 2006; Gutiérrez, 2007; Knauth, 2009; Meinerz, 2009).

Assim, infere-se que a percepção dos participantes de que a discriminação não ocorre nos serviços de saúde pode estar relacionada, entre outros motivos, ao total desconhecimento das situações de violação, talvez porque essas ocorram de forma velada ou em decorrência de os participantes não reconhecerem determinadas situações como violação, possivelmente porque estejam naturalizadas na dinâmica dos atendimentos. Contudo, o desconhecimento das situações ou a sua naturalização não eliminam essas violações, e não as tornam menos danosas às usuárias.

A desconsideração da ocorrência do preconceito e da discriminação na saúde pode indicar, também, um desejo implícito de mudança social por parte dos participantes. No entanto, supostamente, esse desejo pode ter uma relação maior com a intenção de transmitir a imagem de que não ocorreriam violações nos serviços onde trabalham do que com a vontade de realmente transformar suas práticas para evitar possíveis violações.

Supõe-se que parte dos participantes possa ter buscado reforçar a identidade social do grupo (Tajfel, 1981) ao qual fazem parte, formado por aqueles que atuam conjuntamente na unidade de saúde, de modo que, ao informarem que nunca

presenciaram situações de discriminação, indicariam uma possível transformação na qualidade dos atendimentos no serviço de saúde, e de certa forma, evitariam possíveis críticas sociais, já que, enquanto profissionais, representam uma classe que deveria se isentar de pré-julgamentos e de qualquer forma de discriminação contra os usuários que utilizam os serviços.

5. Conclusão

A partir dos resultados encontrados no presente estudo, considera-se que o grupo de participantes que emitiu respostas desfavoráveis à conduta do profissional indicou estar inserido no processo de mudança social, apontando uma possível resignificação de conceitos, crenças e atitudes. Trata-se de um achado que pode sinalizar uma transformação subjetiva entre os profissionais de saúde em relação ao atendimento de usuárias lésbicas.

Ao mesmo tempo, também foram identificados posicionamentos favoráveis à conduta do personagem, o que indicaria a existência de coesão entre essa conduta e as práticas em saúde que os participantes consideram corretas. Foram utilizadas diferentes justificativas como argumentos explicativos para a prática do médico. Considerou-se que essas justificativas são produtos do polo intergrupal, que fez com que os participantes buscassem justificar o comportamento do médico em recusar o atendimento à usuária lésbica por meio de argumentos que acreditaram ser moralmente aceitos.

Trata-se da intensificação na filiação entre os participantes e o personagem do médico, resultando na maior coesão endogrupal, e conseqüentemente, no maior distanciamento exogrupal. Assim, dando origem também a elementos como o corporativismo.

Também considerou-se a possibilidade da existência de preconceito sutil por parte dos participantes, já que, ao tentarem justificar a negação do direito ao atendimento em saúde da personagem Sofia sem considerar esse fato como uma violação, poderiam estar, na verdade, tentando suprimir seus próprios preconceitos em relação às lésbicas. Isso ocorre porque, ao justificarem a conduta com explicações diversas, mas socialmente aceitas, podem estar buscando encobrir crenças e atitudes negativas acerca das práticas sexuais entre mulheres.

Foi percebido também que a desconsideração da existência de situações de discriminação nos serviços de saúde pode indicar a possibilidade de ocorrência de reforço na identidade social positiva do grupo, já que, negando a ocorrência da discriminação nos serviços em que atuam, os participantes indicariam uma possível transformação na qualidade dos atendimentos no serviço de saúde, e de certa forma, evitariam possíveis julgamentos sociais. Eles representam uma classe que deveria se isentar de pré-julgamentos e de qualquer forma de discriminação contra os usuários que utilizam os serviços.

Em suma, considera-se que os dados obtidos podem servir de indicador para gestores acerca da forma como profissionais de saúde concebem a saúde sexual de mulheres lésbicas, servindo de norteador para o surgimento de alternativas que favoreçam reflexões e transformações nas condutas dos profissionais. Por fim, indica-se que pesquisas futuras busquem diversificar sua amostra, realizando a coleta em diferentes regiões do país, de modo a comparar se as percepções variam de acordo com elementos regionais e culturais.

Agradecimentos

Os autores agradecem à CAPES pelo financiamento da pesquisa.

Referências

- Andersen, R., & Fetner, T. (2008). Cohort differences in tolerance of homosexuality: attitudinal change in Canada and the United States, 1981-2000. *Public Opinion Quarterly*, 72(2), 311-330.
- Araujo, L. M. (2015). *Representações sociais de enfermeiras e médicos do campo da saúde sexual e reprodutiva sobre as mulheres lésbicas* (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (2000). *Studying the mind in the middle: a practical guide to priming and automatic research*. Handbook of Research

Methods in Psychology. Cambridge University: New York.

- Bargh, J. (2006). What have we been priming all these years? On the development, mechanisms, and ecology of nonconscious social behavior. *European Journal of Social Psychology*, 36(2), 147–168.
- Barbosa, R. M., & 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*, 25(Supl.2), 291-300. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001400011&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2009001400011.
- Camino, L. (1996). Uma abordagem psicossociológica no estudo do comportamento político. *Psicologia e Sociedade*, 8(1), 16-42.
- Carneiro, N. S., & Menezes, I. (2007). From an oppressed citizenship to affirmative identities: lesbian and gay political participation in Portugal. *Journal of Homosexuality*, 53(3), 65-82.
- Castillo, M., Rodríguez, V., Torres, R., Pérez, A., & Martel, É. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15, 197-204.
- Coelho L. (2001). A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista Tesserat*, 4. <http://tesseract.sites.uol.com.br>.
- Costa, A. B., Peroni, R. O., Bandeira, D. R., & Nardi, H. C. (2013) Homophobia or Sexism? A systematic review of prejudice against nonheterosexual orientation in Brazil. *International Journal of Psychology*, 48(5), 900-909. 10.1080/00207594.2012.729839.
- Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M., & Nogueira, C. (2010). Imagens sociais de pessoas LGBT. In: Nogueira, C., & Oliveira, J. M. (Orgs.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de gênero*, 93-147. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Fébole, D. S. (2017). A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Maringá, Maringá.
- Galvão, A. C. (2009). *Os muros (in)visíveis do preconceito: um estudo das representações sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.
- Gutiérrez, N. I. M. (2007). Situación de salud sexual y reproductiva, hombres y mujeres homosexuales: hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 3(1), 02-16.
- Heck, J. E., Sell, R., & Gorin, S. S. (2006). Health care access among individuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*. 96(6), 1111-1118. doi: 10.2105/AJPH.2005.062661.
- Knauth, D. R. (2009). *As faces da homofobia no campo da saúde*. Fundação medica do Rio Grande do Sul.
- Lacerda, M., Pereira, C., & Camino, L. (2002). Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 165-178. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000100018>.
- Lima, M. A. S. (2016). *Vulnerabilidade e prevenção às DST'S nas práticas afetivo-sexuais de lésbicas* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Lima, M. A. S., & Saldanha, A. A. W. (2020). *Análise qualitativa das atitudes de profissionais de saúde no atendimento oferecido às usuárias lésbicas*. Bagoas - Estudos Gays: Gêneros e Sexualidades, 13, 97-123.
- 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*, 17(2), p. 11-21.
- Meinerz, N. (2009). Método cem por cento garantido. Práticas de sexo seguro em relações homoeróticas entre mulheres de segmentos médios em Porto Alegre. *Boletim Eletrônico Cidadania Sexual, America Latina*, 16, 1-7.
- Melo, A. P. L. (2010). *“Mulher mulher” e “outras mulheres”: gênero e homossexualidade(s) no programa de saúde da família*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rede Sirius/cbc, Rio de Janeiro, Brasil. http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1612.
- Merchán-Haman, E., & Tauil, P. L. (2022). Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 30(1) <https://doi.org/10.1590/s1679-49742021000100026>.
- Michels, E., Mott L., & Paulinho. (2018). *Mortes violentas de LGBT no Brasil - Relatório - 2018*. Grupo Gay da Bahia. <https://tribunahoje.com/wpcontent/uploads/2019/01/Popula%C3%A7%C3%A3o-LGBT-morta-no-Brasil-relat%C3%B3rio-GGB-2018.pdf?x69597>.
- Ministério dos Direitos Humanos. (2018). *Violência LGBTfóbicas no Brasil: dados da violência*, Brasília: Ministério dos Direitos Humanos.
- Myers, D. G. (1995). *Psicologia social*. México: McGraw-Hill.
- Patatas, L. P. C. (2014). *Preconceito, identidade e representações sociais: relações intergrupais entre estudantes indígenas e não indígenas no ambiente acadêmico* (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Paulino, D. B. (2016). Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Pereira, A. S.; Shitsuka, D. M.; Pereira, F. J.; & Shitsuka, R. (2018). Metodologia da pesquisa científica. UFSM.
- Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. In: C. V. Torres, & E. R. Neiva (Cols.). *Psicologia social: principais temas e vertentes* (pp. 219-237). Artmed.

- Rivera, G. A. (2009). *As novas formas de racismo e os valores sociais* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Paraíba.
- Rodrigues, J. L., & Falcão, M. T. C. (2021). Vivências de atendimentos ginecológicos por mulheres lésbicas e bissexuais: (in)visibilidades e barreiras para o exercício do direito à saúde. *Saúde Soc.*, 30(1).
- Sandoval, S. (1996). O comportamento político como campo interdisciplinar de conhecimento: a re-aproximação da sociologia e da psicologia social. In: L. Lhullier, L. Camino, & S. Salvador (Orgs.). *Estudos do Comportamento Político: Abordagem Multidisciplinar*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Santos, F. H. R., Parreira, B. D. M., & Pan, R. (2022). Saúde da mulher: um estudo com universitárias lésbicas. *Research, Society and Development*, 11(14), <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36448>.
- Silveira, A. P., & Cerqueira-Santos, E. (2022). Fatores associados à prevenção sexual e reprodutiva de mulheres lésbicas. *Revista Subjetividades*, 21(3).
- Souza, A. C. J. (2018). *Análise sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde de mulheres lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis na atenção básica de saúde na cidade do Recife, Brasil* (Tese de Doutorado). Instituto Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, Recife. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/32910/2/2018souza-acj.pdf>.
- Supremo Tribunal Federal. (2019). *STF enquadra homofobia e transfobia como crimes de racismo ao reconhecer omissão legislativa*. Imprensa. Notícias STF. <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=414010>.
- Tajfel, H. (1981). *Grupos humanos e categorias sociais*. Livros Horizonte.
- Toledo, L. G. (2008). *Estigmas e estereótipos sobre as lesbianidades e suas influências nas narrativas de histórias de vida de lésbicas residentes em uma cidade do interior paulista* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista, São Paulo.