



**INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL**  
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE  
NOVA  
DE LISBOA**

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA  
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**PERCEÇÕES DE HOMOFOBIA NA COMUNIDADE LGBT SOBRE  
O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS SAÚDE  
PRIMÁRIOS**

**Mara Lúcia Cardoso Pires**

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE  
PÚBLICA E DESENVOLVIMENTO**

**ABRIL, 2022**



INSTITUTO DE HIGIENE E  
MEDICINA TROPICAL  
DESDE 1902



UNIVERSIDADE  
**NOVA**  
DE LISBOA

**UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**  
**INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL**

**PERCEÇÕES DE HOMOFOBIA NA COMUNIDADE LGBT SOBRE  
O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS SAÚDE  
PRIMÁRIOS**

**Autor:** Mara Lúcia Cardoso Pires (a21001072)

**Orientador:** Isabel Craveiro

**Coorientador:** Inácio Cruz

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do  
grau de mestre em Saúde Pública e Desenvolvimento

O que sabemos é uma gota, o que  
ignoramos é um oceano.

Isaac Newton

## **Agradecimentos**

A inspiração para realizar este trabalho remonta há vários anos e tem como protagonistas muitas pessoas com quem trabalhei, com quem esporadicamente me cruzei e que me sensibilizaram para os seus problemas, e os amigos que graciosamente partilharam comigo tempo e conversas que levaram, por caminhos ínvios por vezes, à concretização desta investigação. São muitos a quem tenho de agradecer.

Em primeiro lugar, à instituição que me concedeu a oportunidade de aprender e aos meus orientadores, pelo tempo que me dispensaram e a paciência que manifestaram, acreditando em mim mesmo nos momentos de ausência e quase desistência, bem como à ILGA Portugal que me apoiou na recolha das entrevistas.

Em segundo lugar, os meus agradecimentos às pessoas que participaram no estudo, pois são a peça fundamental do mesmo. Sem vós, nunca teria sido possível escrever estas linhas.

Em terceiro lugar, agradeço aos meus colegas de trabalho as inúmeras alegrias, aprendizagens e experiências que partilharam comigo e que ao longo destes dois anos foram uma fonte de conforto e inspiração.

Em quarto lugar, agradeço aos meus filhos Alice e Duarte, pelas muitas horas em que me ausentei da companhia deles, mesmo sabendo que precisavam de mim, ao Carlos, que esteve sempre ao meu lado, incansável no apoio e no entusiasmo, e ao Alexandre e ao Diogo, cuja amizade e vontade de ajudar me enternece.

Em quinto lugar agradeço de forma diferente e profunda à minha mãe, pelo amor incondicional que tem por mim, e ao meu pai, porque herdei a sua resiliência.

Por fim agradeço à minha irmã, que nunca me abandona em momentos difíceis, e que para além de irmã é quase minha mãe. Para ela, que me guiou ao longo desta jornada, que esteve sempre disponível para ouvir, ler, criticar, sugerir e consolar, quando foi necessário; que me encorajou e acarinhou desde o primeiro dia, os meus mais profundos agradecimentos.

## Resumo

O artigo 13º da Constituição Portuguesa garante o princípio de igualdade perante a lei, não podendo ninguém ser discriminado por via das suas diferenças, nomeadamente das diferenças relativas à orientação sexual. A Constituição Portuguesa estabelece claramente que ninguém poderá ser prejudicado ou beneficiado por motivos de religião, raça, convicção de qualquer cariz, condição social ou orientação sexual (VII Revisão Constitucional, Assembleia da República, 2005).

Entende-se por orientação sexual o desejo afetivo-sexual, de natureza romântica ou não, presente nas inter-relações entre dois seres humanos. Essa orientação pode ser homossexual, heterossexual, pansexual ou bissexual. Este estudo tem como alvo a população LGBT (lésbica, gay, bissexual e transexual ou transgénero) não incluindo outros grupos da comunidade LGBTQIA+, nomeadamente queer, intersexo, assexual ou qualquer outra possibilidade de orientação sexual ou identidade de género que possa existir. Esta redução nos indivíduos sujeitos a estudo permitiu a não dispersão do mesmo, tornando ainda mais complexa a análise dos dados recolhidos. Os indivíduos que fazem parte desta comunidade não podem, à luz da lei, sofrer qualquer tipo de discriminação na aquisição de serviços de saúde devido à sua identidade de género ou orientação sexual. Este estudo aborda a discriminação homofóbica dos profissionais de saúde de enfermagem nas suas formas atitudinais e comportamentais.

Ainda que Portugal seja um país que, nos últimos dez anos, tenha investido na criação de algumas leis anti discriminatórias, como é o exemplo da Lei n.º 9/2010 de 31 de Maio da Assembleia da República, publicada em *Diário da República, 1ª série, n.º 105 (2010)* que permite casamento entre indivíduos do mesmo sexo, segundo o relatório do Observatório de Discriminação LGBTQIA+, da Intervenção Lésbica, Gay Bissexual, Trans e Intersexo (ILGA) Portugal tem um caminho a percorrer, tanto ao nível da legislação como ao nível da adoção de comportamentos protetores para com a população não heterossexual. O facto de este grupo apresentar vulnerabilidades físicas e

/ ou mentais específicas, tal implica necessidades de cuidados de saúde também elas particulares.

O objetivo principal deste estudo é conhecer as perceções da comunidade LGBT sobre as atitudes e comportamentos dos enfermeiros ao interagirem com este grupo populacional no contexto da prestação de cuidados em “Cuidados de Saúde Primários” -(CSP). Este estudo pretende ser um contributo para aumentar o conhecimento nesta área e investigação científica, uma vez que são os estudos em Portugal sobre questões relacionadas com atitudes e comportamentos homofóbicos por enfermeiros nos CSP.

O estudo foi realizado usando a abordagem metodológica qualitativa de estudo de caso, e os dados foram recolhidos através de entrevistas semiestruturadas, conduzidas nos modos online ou presencial, de acordo com a preferência do entrevistado. Os resultados do estudo demonstraram que se verificam por parte dos enfermeiros, de forma generalizada, comportamentos heteronormativos, preferindo não abordar ou valorizar as questões relacionadas com a identidade de género e a orientação sexual. Como tal, parece constatar-se que a homofobia ainda está presente nas ações diárias destes profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Homofobia; Cuidados de Saúde; Discriminação; Enfermeiros; População LGBT.

## Abstract

According to article 13 of the Portuguese Constitution, all individuals have the same social dignity and are equal before the law, and no one can be discriminated based on their differences, namely those related to sexual orientation. The Portuguese Constitution clearly states that no one can be harmed or benefited for reasons of religion, race, conviction of any nature, social status, or sexual orientation. Sexual orientation in the affective and sexual desire, romantic or not, between two human beings. That orientation can be gay, heterosexual, bisexual or pansexual.

The LGBTQIA+ population are systematic targeted for homofobia by heterosexuals, for simply being queer, asexual or other possibility for gender identity and sexual orientation. In this study we targeted only parts of LGBTQIA+ population to avoid study dispersion on the moment of data analysis.

For this reason, lesbian, gay, bisexual and transsexual (referred to in this study as LGBT) should not suffer any type of discrimination when using health services due to their sexual orientation. The study addresses the theme of homophobic discrimination from the conceptual point of view, but also focuses on the behavior of nursing health professionals. Although Portugal, in the last ten years, has invested in the creation of some anti-discriminatory laws, as is the example of Law No.9 of 2010, that allows same-sex marriage, it is also a fact that according to the report of the LGBTQIA + Discrimination Observatory of ILGA, Portugal has a long way to go, both in legislation and in the adoption of protective behaviors for the non-heterosexual population. Because this is a group that presents specific physical and/or mental vulnerabilities, this implies targeted health care needs.

The primary objective of this study is to understand the perceptions of LGBT community about nurses' attitudes and behaviors when interacting with this group in the context of primary health care provision. This study aims to be a contribute to increase the knowledge in this research area, because as far as we know there are few studies in Portugal that address issues related to homophobic attitudes and behaviors by nurses in primary health care.

The study follows a qualitative methodological approach, and the data were collected through presential or online semi structured interviews, according to the participants preference. The results of the study showed that, generally, nurses still present heteronormative behaviors, choosing not to address or value issues related to gender identity and sexual orientation. Thus, Thus, it seems to be observed that homophobia is still present in the daily actions of this health professionals.

**Key words:** Homophobia; Health services; Discrimination; Nurses; LGBT population.

# Índice

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 MOTIVAÇÃO PESSOAL E CONTEXTUALIZAÇÃO .....	1
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1.2.1 <i>Definição de identidade de género e orientação sexual: ser LGBTQIA+</i> .....	3
1.2.2 <i>Homofobia, heterossexismo, preconceito e estereótipo</i> .....	5
1.3 HOMOFOBIA - CONCEITO E DIMENSÕES.....	9
1.4 DIMENSÕES DE HOMOFOBIA .....	11
1.4.1 <i>Fatores de predisposição à Homofobia</i> .....	13
1.5 A HOMOFOBIA NO MUNDO .....	14
1.5.1 <i>Dados sobre a Homofobia em Portugal</i> .....	17
1.6 HOMOFOBIA E DISCRIMINAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE.....	21
1.7 O IMPACTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA POPULAÇÃO .....	25
1.7.1 <i>Papel da enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários</i> .....	27
1.7.1.1 <i>As Necessidades Humanas Básicas do Indivíduo e a Enfermagem</i> .....	28
1.7.2 <i>A Enfermagem e a Homofobia nos Cuidados De Saúde Primários</i> .....	32
1.8 PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS DO ESTUDO .....	36
<b>CAPÍTULO 2. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>38</b>
2.1 POSIÇÃO DA INVESTIGADORA .....	39
2.2 DESENHO DA INVESTIGAÇÃO .....	39
2.3 A ABORDAGEM DE ESTUDO DE CASO .....	40
2.4 POPULAÇÃO .....	42
2.5 AMOSTRAGEM .....	42
2.6 PARTICIPANTES.....	43
2.7 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	45
2.8 A RECOLHA DE DADOS.....	45
2.9 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	48
2.10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO .....	49
<b>CAPÍTULO 3. RESULTADOS</b> .....	<b>51</b>
3.1 PROTEÇÃO LEGAL VERSUS DISCRIMINAÇÃO SOCIAL DA COMUNIDADE LGBT.....	53
3.1.1 <i>Construção das identidades de género LGBT e orientação sexual</i> .....	55
3.1.2 <i>Perceção da Discriminação Social</i> .....	57
3.1.3 <i>Estratégias adaptativas</i> .....	60
3.2 <i>A invisibilidade do utente LGBT por parte dos profissionais de saúde</i> .....	62
3.2.1 <i>Perceção acerca dos profissionais de saúde</i> .....	62
3.3 LIMITAÇÕES E PROBLEMAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRESTADOS A UTENTES LGBT .....	65
3.3.1 <i>Qualidade e Abrangência dos Cuidados de Saúde</i> .....	65
3.4 RECOMENDAÇÕES DOS PARTICIPANTES SOBRE MELHORIAS NO ATENDIMENTO .....	68
<b>CAPÍTULO 4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES</b> .....	<b>72</b>
4.1. NECESSIDADES PERCECIONADAS DOS UTENTES DA COMUNIDADE LGBT QUE RECORREM AOS CSP.....	74
4.2 PERCEÇÃO DE ATITUDES/COMPORTAMENTOS HOMOFÓBICOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DOS ENFERMEIROS.....	75
4.3 ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS DA POPULAÇÃO LGBT FACE À HOMOFOBIA .....	77
4.4 PRIORIDADES EM SAÚDE IDENTIFICADAS PELA POPULAÇÃO LGBT .....	78
<b>CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA FUTURA INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>96</b>

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Dimensões de homofobia	13
Tabela 2. Princípios fundamentais para os Cuidados de Saúde Primários	26
Tabela 3. Caracterização dos participantes do estudo	45
Tabela 4. Correspondência entre questões de investigação e guião da entrevista	46
Tabela 5. Síntese dos resultados do estudo	52
Tabela 6. Tabela exemplificativa da categoria Construção da identidade de género LGBT e sua orientação sexual	56
Tabela 7. Tabela exemplificativa da categoria Perceção da discriminação social	59
Tabela 8. Tabela exemplificativa da categoria Estratégias adaptativas	61
Tabela 9. Tabela exemplificativa da categoria Perceção acerca dos profissionais de saúde	63
Tabela 10. Exemplificações da categoria Qualidade e abrangência dos cuidados de saúde	67
Tabela 11. Tabela exemplificativa acerca de áreas prioritárias para melhoria dos cuidados de saúde	69

## Índice de Figuras

Figura 1. Estatuto legal da comunidade LGBT	16
Figura 2. Fonte da denúncia de discriminação homofóbica	19
Figura 3. Sexo e identidade de género das vítimas de discriminação homofóbica	20
Figura 4. Crimes e incidentes discriminatórios motivados pelo ódio contra pessoas LGBT	21
Figura 5. Pirâmide Maslow	29
Figura 6. Metodologia do Processo de Enfermagem	32
Figura 7. Atitudes discriminatórias	60
Figura 8. Estratégias prioritárias para melhorar os cuidados de saúde a comunidade LGBT segundo os participantes no estudo	70

## **Siglas**

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APF – Associação para o Planeamento da Família

CEDH – Convenção Europeia dos Direitos do Homem

CID – Classificação Internacional de Doenças

CRP – Constituição da República Portuguesa

CS – Cuidados de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DL – Decreto-Lei

FRA – *Fundamental Rights Agency*

GLS – *Gays, Lésbicas e Simpatizantes*

ICN – *International Council of Nurses*

LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Transgénero

LGBTQIA+ – Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transsexuais, *Queer*, Intersexo, Assexuais, Arromânticos, Agêneros e Mais

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

REF-Referências

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPCE – Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

UNAIDS- Joint United Nations Program on HIV/AIDS

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

## Capítulo 1. Introdução

### 1.1 Motivação pessoal e contextualização

O reconhecimento do caráter subjetivo de toda a investigação baseada na interação com seres humanos, na qual informações sobre experiências, mundividências e valores são acedidos e analisados pelo/a investigador/a, exige que no início deste estudo torne claro o meu posicionamento pessoal e a motivação que alavancou este trabalho de investigação. Investigar comportamentos de homofobia entre os profissionais de enfermagem tem o potencial de pôr a descoberto falhas num sistema que tem como objetivo proteger os utentes, independentemente da religião que professam, da etnicidade, da orientação sexual, da identidade de género, ou da classe social de pertença. Os indivíduos que fazem parte da comunidade LGBT, alvo deste estudo, não podem, à luz da lei, sofrer qualquer tipo de discriminação na aquisição de serviços de saúde devido à sua identidade de género ou orientação sexual

Na minha experiência profissional de quase 20 anos na profissão de enfermagem, encontrei as mais variadas situações que me levaram a escolher este tema como objeto do meu estudo de dissertação de mestrado.

A população LGBTIA+, num estudo elaborado pela Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, e que esteve disponível na forma de questionário durante três meses de 2019, pode revelar que em Portugal 40% dos inquiridos foram alvo de discriminação pelo menos num dos seus contextos diários, sejam estes no trabalho, família ou relações sociais, e 30% afirmam ter sido vítimas de algum abuso no último ano. Também 20% afirmam que o local de trabalho foi o local onde estiveram sujeitos a homofobia. Cerca de 8,15% dos inquiridos revelam ter sido alvo de discriminação por um funcionário público, estando nestes incluídos polícias ou profissionais de saúde. (ILGA Portugal, 2019)

Quanto à minha motivação pessoal, se inicialmente as piadas dos colegas ou gracejos, que nada são mais do que comportamentos discriminatória, eram direcionados para as

## Capítulo 1. Introdução

mulheres, cuja remuneração para igualdade de competências académicas permanece até hoje desigual em muitas circunstâncias, a verdade é que de forma muito vincada pude presenciar situações em que claramente há homofobia, visível através de comportamento e linguagem discriminatória dirigidos a quem tem um aspeto diferente do considerado comum ou a quem tem uma orientação sexual não heterossexual. Em nada me identifico com estes comportamentos por parte de meus colegas enfermeiros, e pretendi estudar o tema para mais tarde poder investir de forma fundamentada, na formação dos colegas com vista a reduzir a homofobia praticada pelos mesmos.

Esses comportamentos conduzem sem dúvida a reações por parte dos que são alvo de discriminação, cujos comportamentos por sua vez se alteram diante do profissional de saúde, neste caso da enfermeira ou enfermeiro.

As atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde podem levar a que o indivíduo proteja a ida aos cuidados de saúde primários e como consequência uma alteração de saúde simples pode complicar-se e alterar gravemente a qualidade de vida da pessoa. Do mesmo modo, atos de discriminação sucessivos poderão ter consequências graves ao nível da saúde mental do indivíduo, o que levará a que em muitos aspetos da sua vida se torne física e psicologicamente debilitado na concretização dos seus objetivos pessoais e profissionais.

Os enfermeiros são a “porta de entrada” para o Serviço Nacional de Saúde. Devem ser o verdadeiro “cuidador holístico” da pessoa que se dirige ao Serviço Nacional de Saúde, seja esta heterossexual, gay, lésbica, bissexual ou enquadrada em outra categoria. Os enfermeiros e enfermeiras podem fazer a diferença entre o melhor cuidado de saúde possível ou a perda da confiança por parte do utente nos cuidados de saúde. Mais importante do que reduzir ou tratar da doença, é garantir o acesso à saúde com qualidade, a todos.

Assim, de forma resumida e porque compreendo a necessidade da mudança de comportamentos, tracei como objetivo principal deste estudo compreender de que forma o utente LGBT se relaciona com os profissionais de enfermagem, e de que forma os primeiros percebem os cuidados fornecidos pelos segundos. O estudo intenta contribuir para criar estratégias que visem o completo abandono de comportamentos homofóbicos, garantindo equidade no atendimento, e que a homofobia possa

simplesmente desaparecer das práticas quotidianas do atendimento a utentes em cuidados de saúde primários.

## 1.2 Enquadramento Teórico

### 1.2.1 Definição de identidade de género e orientação sexual: ser LGBTQIA+

Entende-se por orientação sexual o desejo afetivo-sexual, de natureza romântica ou não, presente nas inter-relações entre dois seres humanos. Essa orientação pode ser homossexual, heterossexual, pansexual ou bissexual. Este estudo tem como alvo a população LGBT (lésbica, gay, bissexual e transexual ou transgénero) não incluindo outros grupos da comunidade LGBTQIA+, nomeadamente queer, intersexo, assexual ou outras possibilidades de orientação sexual ou identidade de género. Esta decisão permitiu um melhor enfoque do estudo, sem contudo deixar de reconhecer que a exclusão de algumas orientações sexuais e identidades de género representa uma limitação.

A sigla LGBTQIA+ serve para fazer referência a pessoas Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Transsexuais, *Queer*, Intersexo, Assexuais, Arromânticas, Agénero e Mais. Trata-se de um movimento político e social de inclusão de pessoas de diferentes orientações sexuais e identidade de género (Buevision, s.d.). O símbolo da comunidade LGBTQIA +, com a Bandeira Arco-Íris, inclui uma diversidade de cores que representa a diferença e a aceitação da mesma. Para que realmente se perceba o significado da sigla LGBTQIA +, é importante perceber o significado de cada conceito que a compõe e lhe dá forma.

Lésbicas e *gays* são pessoas que se sentem atraídas por pessoas do mesmo género. Lésbicas são mulheres que se sentem atraídas por mulheres e *gays* são homens que se sentem atraídos por homens (Orientando, s.d). Portanto, e também segundo o mesmo autor, “lésbicas são sempre mulheres, ou pessoas não-binárias que se identificam com o género mulher de alguma forma. *Gays* historicamente eram homens...” no entanto também “se considera que mulheres não binárias utilizem a palavra *gay* para se identificarem como pessoas que sentem atração pelo mesmo género” (Orientando, s.d).

Os termos *bi* (ou bissexual) designa pessoas que se sentem atraídas por dois ou mais géneros e *trans* (ou transgénero) abrange pessoas cujo sexo de nascença não corresponde

ao género com que se identificam.

O termo queer não é tão consensual como os anteriores. As pessoas que usam este termo para definir a sua orientação sexual não são pessoas heterossexuais, mas são pessoas que não conseguem definir de forma estanque a sua orientação sexual.

Quando se fala de pessoas assexuais, fala-se de pessoas que nunca ou raramente sentem atração sexual, enquanto os indivíduos aromânticos são pessoas que raramente se apaixonam. As pessoas agénero, não se identificam com nenhum género, e o + remete para outras diversidades possíveis. (Orientando, s.d).

Acima de tudo,

*“(...) deve ser reconhecido que as sexualidades que não seguem o padrão binário homem ou mulher, macho ou fêmea, citadas especialmente como homossexualidades (...) podendo a sexualidade apresentar outras diversificações, todas elas adequadas para um indivíduo” (Bortoletto, 2019:6)*

São vários os pesquisadores (Bortoletto, 2019; Simpson *et al.*, 2018) que reportam a existência, na atualidade, de dificuldades de acesso a cuidados e preconceitos dirigidos à comunidade LGBTQIA+. Cada sub-grupo depara-se com diferentes preconceitos, os quais constituem múltiplos desafios no seu dia a dia. No entanto, as respostas para garantir a não discriminação têm sido muitas vezes travadas pelo poder político e pela população em geral, por falta de literacia em saúde.

Apesar de haver uma tentativa de legislar de forma não discriminatória, as leis criadas nesse sentido têm sempre logo no contexto da Assembleia da República vozes contrárias à sua promulgação, o que leva a longevidade na efetiva mudança social. Temos como exemplo o

*“.... Despacho n.º 7247/20198, que estabelece as medidas administrativas para a implementação do previsto no n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 38/2018, de 7 de agosto, com vista à facilitação da inclusão de alunos/as trans e intersexo, um documento que suscitou um debate nos media, despoletando discursos de transfobia e inclusivamente uma petição contra a sua implementação. ”ILGA, 2019:8)*

A necessidade de lembrar que a discriminação existe e deve ser combatida tem levado à criação de vários projetos de combate à discriminação, como é o caso da Resposta de Autonomização para Jovens LGBTIA+, com a criação de uma casa/ apartamento abrigo para pessoas que são expulsas de casa em virtude da sua identidade de género ou orientação sexual, uma iniciativa da associação Casa Qui, ou a criação do dia 17 de Maio, Dia Internacional de Luta contra a Homofobia, Transfobia e Bifobia.

Como refere Bortoletto (2019), gays e lésbicas passam por diferentes tipos de discriminação, relacionadas com a sua orientação sexual, podendo dar-se como exemplo a associação de infeções sexualmente transmissíveis (IST) a gays e a diminuição do papel da mulher lésbica pelo facto de a maioria das vezes não ser mãe.

*“Bisexuais, travestis, transgéneros, transexuais, e também aqueles que se identificam com os novos termos queer e intersexo e até os que não se enquadram nesses termos e se vêm de forma diferente do padrão heteronormativo enfrentam e enfrentarão diariamente variados tipos de discriminação relacionados com a sua orientação sexual e até questões íntimas” (Bortoletto, 2019:12).*

As barreiras culturais criadas por uma sociedade heteronormativa, que tradicionalmente apenas confere legitimidade aos relacionamentos entre sexos opostos, é porventura a maior causa de discriminação da comunidade LGBTQIA+. Por esta e outras razões, a população LGBTQIA+ é objeto de atitudes e comportamentos caracterizados por homofobia, transfobia, exclusão social nas mais diversas formas, gerando um desconforto generalizado ao nível do seu bem-estar biopsicossocial (Daley et al, 2011).

### **1.2.2 Homofobia, heterossexismo, preconceito e estereótipo**

A homofobia é um fenómeno complexo (Borrillo,2009) para cuja compreensão concorrem outros conceitos que lhe estão associados, nomeadamente os conceitos de heterossexismo, estereótipo e preconceito. O heterossexismo surge muitas vezes associado ao conceito de homofobia, pois como salienta Herek (2010) a homofobia é uma forma de expressão do heterossexismo, em que a heterossexualidade é imposta como norma social, económica, política e jurídica.

Portanto, o heterossexismo promove a heterossexualidade como a única forma normal, e também natural, de orientação sexual. Nesta lógica, a homossexualidade é colocada num nível inferior, o que resulta em ações discriminatórias e violentas para com as minorias sexuais (Herek, 2010). Segundo outro autor, (Quintas, 2008) heterossexismo e homofobia podem ser assumidos como diferentes aspetos de um mesmo fenómeno, isto é, o da discriminação contra as pessoas LGBT, onde o primeiro se assume como uma ideologia de desvalorização da homossexualidade por oposição à heterossexualidade. O heterossexismo, assim como a heteronormatividade, ainda predominam nos serviços e cuidados de saúde, contribuindo para maiores desigualdades em saúde (Quintas, 2008).

É neste sentido que Gato e colaboradores (2012), explicam que a ideia de heteronormatividade se mantém muito presente, pelo que as construções sociais se desenvolvem privilegiando a heterossexualidade em prol da não heterossexualidade, encobrindo as orientações sexuais que não integram nesta heteronorma. Ou seja, ao assumir-se que a heterossexualidade é a expressão única, natural e aceitável da sexualidade humana, está-se a legitimar e reforçar comportamentos discriminatórios, pelo que a homofobia, bem como o heterossexismo constituem formas de preconceito ainda bastante presentes na sociedade (Rita, 2012; Gato et al., 2012).

A este respeito, estudos revelam (Biscaia et al., 2008) que as pessoas LGBT não estão tão protegidas pela norma social, já que a norma social existente privilegia a heterossexualidade e por isso mesmo, não impede a expressão de formas hostis de preconceitos para com outros grupos a quem é reconhecido um estatuto inferior. Desta forma, verifica-se que o preconceito relativo a pessoas homossexuais é, do ponto de vista social, considerado mais aceitável do que, por exemplo, o sexismo ou o preconceito étnico (Gato et al., 2012).

Investigações recentes conduzidas com população LGBT na Turquia mantêm a mesma linha de pensamento de estudos anteriores, concluindo que esta população está mais sujeita a isolamento social, negligência social, cuidados de saúde inadequados e insuficientes e desrespeito pela sociedade (Çakir et al., 2020).

Segundo Ferreira (2015), o preconceito, a par da discriminação, constitui um problema transversal a todos os países, independentemente de pertencerem às categorias de países desenvolvidos ou em desenvolvimento.

Segundo o mesmo autor (2015), todas as formas de preconceito e discriminação devem ser combatidas por ofenderem diretamente a dignidade da pessoa humana. A noção de preconceito foi proposta, pela primeira vez, na década de 50, por Gordon Allport (Gato et al, 2012; Pereira et al., 2009, Herek, 2009), mantendo-se mais ou menos inalterados até aos dias de hoje. O preconceito compreende, segundo Falcão e colegas, citando Mezan:

*“O conjunto de crenças, atitudes e comportamentos que consiste em atribuir a qualquer membro de determinado grupo humano uma característica negativa, pelo simples facto de pertencer àquele grupo: característica em questão é vista como essencial, definidora da natureza do grupo e, portanto, adere indelevelmente a todos os indivíduos que o compõem.” (Mezan, 1998, citado por Falcão et al., 2020:5)*

O preconceito pode apresentar-se de várias formas, seja através de atitudes, crenças sociais, emoções negativas ou comportamentos discriminatórios que surgem, simplesmente, pela pertença de pessoas a certo grupo (Aboud, 2005). Estas crenças e atitudes negativas também existem face a pessoas LGBT, pelo que surgiu o conceito de preconceito sexual, o qual reflete atitudes negativas baseadas, unicamente, na orientação sexual, sejam estas manifestadas contra homossexuais, bissexuais, heterossexuais ou comunidade LGBT (Herek, 2010).

As formas mais óbvias de preconceito efetivam-se através da condenação moral e na, ainda existente, patologização da homossexualidade (Gato et al., 2012). Tal verifica-se na atualidade até em países como a Rússia, que proíbe a distribuição de informação sobre sexualidade não heterossexual a menores, por entender que promove os relacionamentos homossexuais tornando-os atrativos (UNAIDS World Report, 2014).

A revelação pública ou a assunção da identidade sexual não heterossexual pode ser difícil pelo receio de julgamentos errados e de preconceitos que, frequentemente, antecedem rejeição, discriminação e, nos casos mais extremos, violência (Lasser et al., 2010). Na verdade, os preconceitos instituem atitudes de preferência de grupos majoritários, que muitas vezes afetam negativamente os grupos minoritários (Dasgupta et al., 2008).

McCoy e colegas consideram que os preconceitos fortalecem a identificação ao grupo e levam o indivíduo a agir numa ótica coletiva (McCoy et al., 2003). No entanto, os efeitos psicológicos da discriminação têm efeitos nefastos sobre o indivíduo, que vão além das vantagens do sentimento de pertença.

Assim defendem estudos muito recentes, que mais uma vez reiteram que a constante discriminação da população LGBT leva ao desenvolvimento de patologias do foramental, que incluem depressões, isolamento, um pessimismo sobre a vida e sentimento de “hopelessness”, descrito como variável constante e sempre presente em várias situações associadas a tentativas de suicídio (Khdar et al., 2021).

Embora possam estar relacionados, não se pode assumir que preconceito e estereótipo sejam sinónimos, pois o primeiro implica uma resposta avaliativa global face a um grupo ou aos seus membros, e estereótipo, por sua vez, é uma aquisição de ideias adquiridas ao longo da vivência dos indivíduos, partindo não do verdadeiro conhecimento, mas de senso comum (Bodehausen et al, 2010). Quando se associa o preconceito ao heterossexismo, tal deve-se ao facto do preconceito sexual se fundamentar no heterossexismo, em que a heterossexualidade é mais valorizada, no sentido em que é considerada superior e mais natural que a homossexualidade (Massey, 2009).

Tanto a homofobia, como o heterossexismo, o estigma e o preconceito assumem-se como fatores centrais na manifestação de diferentes aspetos relativos à saúde e com a doença entre as pessoas LGBT (Quintas, 2008).

A homofobia, assim como o heterossexismo e a exclusão social constituem causas das desigualdades existentes entre heterossexuais e pessoas LGBT (McLean et al., 2003). Nesta ordem de ideias,

*“(...) os serviços de saúde (...) precisam de responder melhor às necessidades e experiências das pessoas LGBT, desenvolvendo serviços acessíveis e apropriados, e mudando as atitudes homofóbicas, heteronormativas e heterossexistas, através das autoridades de saúde e de educação” (Quintas, 2008: 128).*

Este empenho por parte das autoridades de saúde tem sido verificado em países como o Reino Unido e o Canadá, com o desenvolvimento, nos últimos quinze anos, de

investigação sistemática com vista a encontrar estratégias que permitam equidade de acesso à saúde pela população LGBT.

A literatura existente tem evidenciado que a população LGBT tem necessidades específicas de saúde; confrontam-se com dificuldades na acessibilidade a cuidados de saúde gerais; e, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde específicos, as dificuldades são ainda mais acentuadas (Tadele et al., 2019).

### **1.3 Homofobia - Conceito e Dimensões**

As palavras liberdade e igualdade encontram-se presentes em todos os documentos regentes das democracias do mundo. A Constituição Portuguesa de 1976 consagra, para além destes princípios, o princípio da justiça para todos e quaisquer atos discriminatórios (Revisão Constitucional, 2005-VII Revisão, Assembleia da República). A história recente, porém, mostra que a discriminação relativa à identidade de género e orientação sexual ainda se encontra presente em muitos países, sendo que em 78 países a homossexualidade ainda é considerada crime punível com prisão (UNAIDS World Report, 2014). Embora o termo homofobia tenha sido mencionado, pela primeira vez, na década de 70, por Kenneth Smith, é frequentemente associado ao psicólogo clínico George Weinberg, que descreve a homofobia como o medo irracional, o receio ou pavor em estar em locais fechados com homossexuais (Hegarty et al., 2007). No mesmo sentido, Gregory Lehne explicava que a homofobia se traduz na intolerância ou no medo irracional da homossexualidade (Lehne, 1976, citado por Moita, 2001).

Embora já assim tenha sido considerada uma doença, importa referir que a homossexualidade não é uma doença, mas sim uma variante da sexualidade. A forma como se lida com a homossexualidade parte do modo como a sociedade em geral encara a diferença sexual (Carneiro, 2009). Em boa verdade, verifica-se que a sociedade organiza socialmente os seus indivíduos a partir da sua orientação sexual, criando estatutos diferenciados e atribuição de valor inferior aos indivíduos não heterossexuais (Borrillo, 2010). Por isso mesmo,

*“(...) a homofobia manifesta sua hostilidade não só a gays e lésbicas, mas também a qualquer indivíduo que não se adapte aos papéis supostamente determinados pelo sexo biológico” (Borrillo, 2010:88).*

A comunidade científica aceita atualmente o modelo psicológico afirmativo, o qual não encara a homossexualidade como uma doença, destacando a diferença sexual e em vez de recriminar e julgar a homossexualidade como uma patologia. O modelo psicológico afirmativo procura ajudar a comunidade LGBT a afirmar a sua identidade, a questionar o preconceito, a discriminação e a violência de que esta população é alvo (Moita, 2001; Menezes, 1992).

A homofobia é a aversão às relações afetivas e sexuais entre pessoas do mesmo sexo, ou seja, não heterossexuais, portanto, é uma atitude negativa e de hostilidade relativa aos homens e mulheres homossexuais (Carneiro, 2009; Borrillo, 2010), sendo uma forma de violência caracterizada pela hostilidade, discriminação e negligência (Houaisset et al, 2001; Herek, 2004).

Trata-se, pois, de um fenómeno complexo, invisível, partilhado e que está presente no nosso dia a dia (Borrillo, 2010) e dele resultam comportamentos de ódio aos homossexuais e que pode incluir todas as formas de preconceito e discriminação (Rezende, 2016; Borrillo, 2010). É neste sentido que Borrillo (2010) entende a homofobia como uma forma de exclusão que desumaniza, inferioriza, distingue e distancia os homossexuais da sociedade.

Segundo o autor,

*“(...) a homofobia é uma manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como contrário, inferior ou anormal; por sua diferença irreduzível, ele é posicionado à distância, fora do universo comum dos humanos. Deste modo, “(...) confinado no papel do marginal ou excêntrico, o homossexual é apontado pela norma social como bizarro, estranho ou extravagante.” (Borrillo, 2010: 13-14).*

De forma mais alargada, a homofobia estende-se ao receio de estar a partilhar um espaço com um homossexual, mas também a um ódio específico pela homossexualidade (Borrillo, 2010).

#### 1.4 Dimensões de Homofobia

A homossexualidade pode ser considerada uma manifestação do pluralismo sexual tão legítima como a heterossexualidade. Desta forma, a sexualidade é extremamente importante como fator definidor da identidade de um indivíduo; portanto, classificar e conceptualizar um indivíduo de acordo com a sua sexualidade representa uma ação totalitária e reducionista do mesmo (Borrillo, 2010). No dia a dia do comportamento humano, qualquer indivíduo que de alguma forma não se encaixe num comportamento binário masculino/feminino pode ser potencial vítima de homofobia pelo simples facto de apresentar um aspeto que foge à considerada heteronormatividade.

A homofobia inclui o ódio, apontando o homossexual como contrário, inferior ou anormal e, no caso do discurso psiquiátrico, colocando-o no âmbito patológico ou sintomático. A rejeição da homofobia tem como fundamento a tolerância à diferença individual. Já Savater (1996) considerava que se, por um lado, era fácil aceitar a ideia da diversidade sexual, por outro, nenhuma consequência prática advinha dessa aceitação teórica da diferença, continuando os comportamentos homofóbicos a existir.

As origens da homofobia remontam ao período de transição da cultura pagã para a cultura cristã, em que o sentimento de hostilidade cresceu. Recentemente, a Igreja Católica tem-se tornado mais tolerante em relação aos homossexuais, quando se trata de por exemplo, lutar para que possam ser tratados. A posição oficial da Igreja Católica relativamente aos indivíduos não heterossexuais é que devem escolher a abstinência como princípio orientador das suas vidas (Borrillo, 2010).

Os países com cariz religioso muito marcado, nomeadamente Portugal, com raízes católicas marcadas por um conservadorismo intrincado (Martins, 1998), tendem a ser menos tolerantes e como tal, mais homofóbicos na sua generalidade. O mesmo se passa com países como o Iraque (Khidir et al., 2021), a Etiópia (Tadele, 2019) ou a Rússia, este último devido a um regime governamental rígido (UNAIDS World Report, 2014). A propagação do comportamento homofóbico é um fenómeno construído socialmente, que exige uma mudança coletiva culturalmente suportada, que começa no comportamento de

cada indivíduo, mas não termina nele. Ou seja, a homofobia, sendo um fenómeno multifacetado, só poderá desaparecer se as esferas política, ideológica, educacional, social, dos *mass media*, das redes sociais e dos principais grupos de pressão atuantes na sociedade se combinarem numa atitude direcionada para o seu combate.

Esse carácter multifacetado da homofobia é reconhecido por Guerrero (2007) ao referir que a mesma tem uma dupla dimensão: a rejeição irracional (afetiva) e a rejeição ideológica (cognitiva), razões pelas quais a homofobia deve ser considerada tanto na esfera individual como na esfera social.

Tal como a homossexualidade pode ser considerada uma construção social, também a homofobia o pode ser. Nem todas as culturas são homofóbicas e as formas de homofobia toleradas variam de cultura para cultura (Drescher, 1998).

O medo coletivo da desintegração e da extinção, devido à redução da capacidade reprodutora, a par de efeitos psicológicos, culturais e sociais associados, é um argumento avançado por alguns autores, entre os quais Borrillo (2010) para explicar a defesa da heterossexualidade em muitas sociedades, que se esforçam por reforçar a diferença entre os sexos e produzem a estigmatização da homossexualidade. A possibilidade, criada pela ciência, da reprodução por meios artificiais, invalidou definitivamente este argumento.

A sucessiva exposição à homofobia pelos indivíduos LGBT leva a um processo de internalização da homofobia. O contexto de violência, quer esta seja psicológica verbal ou por forma de comportamentos discriminatórios no domínio da esfera pública, nomeadamente em instituições ligadas à saúde e à educação, conduz à perda de autoestima, ao isolamento do indivíduo LGBT, que, ao internalizar a homofobia, descê na possibilidade de alcançar bem-estar e realização pessoal, fragilizando a sua saúde mental, física e psicológica (Khidir et al., 2021).

Numa sociedade em que os ideais da vida sexual e emocional são construídos com base numa superioridade psicológica e cultural da heterossexualidade, parece difícil evitar os conflitos internos que resultam da não conformidade com tais valores. Borrillo (2010:43) descreve quatro tipos distintos de homofobia. A homofobia irracional, cognitiva, geral e específica (Tabela 1).

Tabela 1. Dimensões de homofobia

Dimensões de homofobia	Descrição
<b>Homofobia irracional</b>	Medo, aversão ou repulsa pelo indivíduo LGBT, resultante de um conflito individual não ponderado ou refletido
<b>Homofobia cognitiva ou social</b>	Preconiza a tolerância e aceitação perante a comunidade homossexual, mas, por sua vez, não lhe reconhece os mesmos direitos (casamento ou parentalidade)
<b>Homofobia geral</b>	Forma de sexismo generalizado, compreende uma atitude discriminatória face ao sexo oposto e é reiterado pela associação das cores rosa e azul consoante o sexo biológico, da atribuição de papéis, brinquedos e profissões específicas de cada género
<b>Homofobia específica</b>	Remete especificamente para gays e lésbicas, sendo que no caso das mulheres lésbicas há uma invisibilidade na sociedade da sua orientação, pelo facto de terem maior demonstração de afeto em público

Fonte: Borrillo, 2010, p.43

Pereira (2002) refere ainda a homofobia internalizada, um fenómeno culturalmente construído que reflete o medo em relação à própria homossexualidade, variando nas suas formas e significado em diferentes grupos sociais. O autor descreve a homofobia internalizada como a culpabilização da pessoa gay pelo seu próprio comportamento, a qual conduz a conflitos internos e à desvalorização do eu, podendo resultar em comportamentos autopunitivos.

#### 1.4.1 Fatores de predisposição à Homofobia

Com o objetivo de reduzir comportamentos homofóbicos, devemos identificar os fatores associados aos mesmos. Guerrero (2007) aponta seis fatores principais que podem estar na origem de comportamentos homofóbicos:

- Pouco contacto com lésbicas e homens homossexuais
- Residência em áreas onde a homossexualidade não é aceite

- Inserção em culturas menos tolerantes em relação à sexualidade em geral
- Inserção em culturas autoritárias
- Idade (elemento de geração)
- Ausência de experiências pessoais homossexuais
- Perceção da não aceitação da homossexualidade na comunidade
- Baixa literacia
- Inserção numa religião que condena a homossexualidade

Por último o fator religião que é também apontado como condicionante bastante relevante na tolerância para com LGBT. Ainda que Portugal seja um país maioritariamente católico, as crenças mais vincadas estão a ser progressivamente abandonadas, e a própria Igreja católica tem adotado um papel mais inclusivo quanto à população (Oliveira, 2015; Martins,1998).

### 1.5 A Homofobia no Mundo

A homofobia, apesar dos avanços verificados nas sociedades democráticas, continua presente de forma transversal em todo o mundo. Neste momento e segundo relatório da UNAIDS, (*Joint United Nations Program on HIV/AIDS*) criado em 1996, e que dá apoio aos afetados com HIV a nível global, prestando cuidados aos pacientes e desenvolvendo investigação, há 78 países onde a homossexualidade é ainda um crime, conforme se pode verificar na Figura 1.

Em países como o Senegal e Quênia a relação sexual entre indivíduos do mesmo sexo pode ser punível com até 10 anos de prisão, ou mesmo pior, como na Nigéria, Arábia Saudita, Irão e Sudão em que é punível com pena de morte. Também o Uganda propôs “(...) *pena de morte aos indivíduos em que seja atribuída homossexualidade agravada* (...)”, ou seja, “(...) *se forem verificados atos de homossexualidade em indivíduos com HIV ou cuja infração de atos homossexuais sejam repetidos*” (*UNAIDS World Report, 2014: 500*). Segundo o mesmo relatório, nos Camarões, aproximadamente 30 a 50% da população homossexual masculina estará infetada com HIV.

É um facto que o número de países que condenam a homossexualidade tem vindo a reduzir e que cada vez mais se observam leis protetoras da identidade de género e da homossexualidade. No entanto, em alguns países ainda se verifica um retrocesso legislativo, muitas vezes, associado a alterações de governação, como é o caso do Chade, com a criminalização de atos entre indivíduos do mesmo sexo.

Na Europa, a perceção da discriminação homofóbica remonta a 1950, nomeadamente à Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (ou Convenção Europeia dos Direitos do Homem - CEDH), em que o direito à igualdade de oportunidades e de tratamento, sem discriminação baseada no sexo, foi reconhecido pela primeira vez (Quintas, 2008).

Na Rússia, a simples distribuição de informação acerca de sexo não heterossexual, a distribuição de preservativos ou informação relativa a sexualidade e identidade de género pode ser punida. Segundo o mesmo relatório, na Rússia não existe informação sobre o assunto. Da mesma forma os jovens não recebem informação sobre a transmissão do vírus HIV, nem sabem o que são preservativos ou para que servem. (UNAIDS World Report, 2014).

Ainda assim, há sinais de progresso nesta área social. Neste momento, cerca de 26 países permitem o casamento entre indivíduos do mesmo sexo, mais quatro do que em 2017. Outros países também elaboraram leis que regularizam as uniões civis com as mesmas características. Cerca de 72 países apresentam leis protetoras da homossexualidade ao nível do ambiente de trabalho e 28 têm legislação que permite a adoção de crianças por casais do mesmo sexo (ILGA Portugal, 2017).

Também no plano europeu, e tendo em conta os países pertencentes à UE, a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA, de *Fundamental Rights Agency*) o Eurobarómetro revelou que, em 2006, 11% dos inquiridos referiram sentir-se pouco à vontade se tivessem um vizinho homossexual e 67% afirmou que se sentia à vontade, nomeadamente: os Países Baixos, a Suécia, a Dinamarca, a Bélgica e a França. Em oposição, destacam-se países como a Roménia, a Lituânia, a Letónia, a Bulgária e a Hungria (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2009).

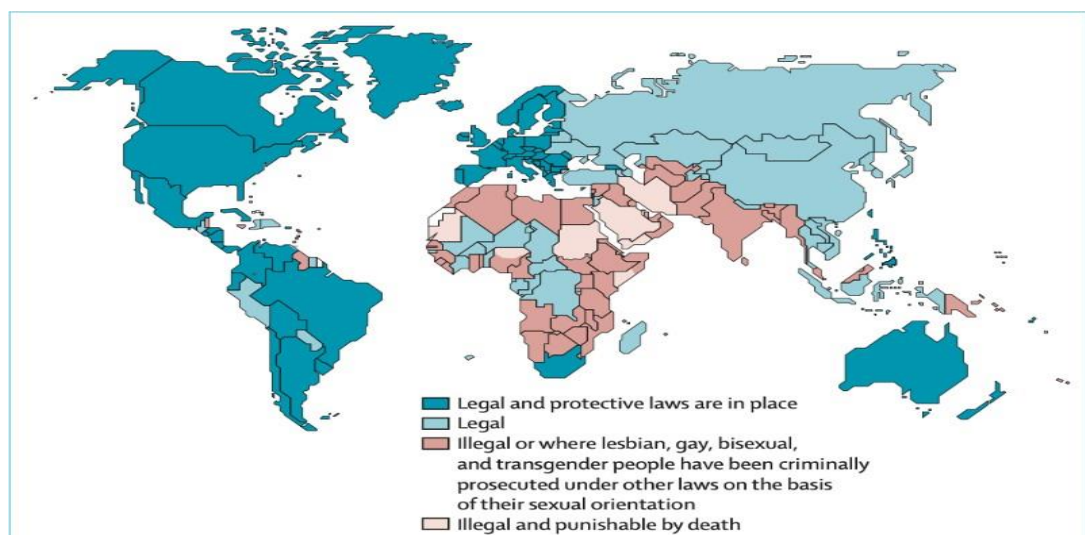
Os Países Baixos, justificando a sua participação na Declaração da Presidência, destacam-se pela positiva, uma vez que 82% dos inquiridos são favoráveis ao casamento entre homossexuais e 69% apoia a ideia da adoção por casais homossexuais; por outro lado, no polo oposto, sobressai a Grécia e a Letónia (84% discorda do casamento entre pessoas do mesmo sexo e 89% é contra a ideia de adoção por casais homossexuais (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2009).

Segundo o relatório da ILGA, a Europa é o único continente que não tem leis de criminalização da homossexualidade (ILGA Portugal, 2018).

Um estudo nos EUA com 93 000 LGBT estimou a ocorrência de cerca de 24 180 crimes relacionados com a orientação sexual (ainda que 50% dos casos não apresentaram queixa) (UNAIDS World Report, 2014).

Também no Brasil, sob a presidência de Bolsonaro, que assistiu a várias declarações de ministros repudiando a homossexualidade, ainda que de forma indireta (ILGA Portugal, 2017).

Figura 1. Estatuto legal da comunidade LGBT a nível mundial



Fonte: UNAIDS World Report, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) Vol 383 February 8, 2014

Aceitando a premissa de que a orientação sexual e a identidade de género são direitos individuais inalienáveis, a 18 de dezembro do ano de 2008, a Assembleia-Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) emitiu uma declaração que contou com o apoio

de 66 países, a qual defendia a descriminalização da homossexualidade a nível mundial e condenava as violações dos direitos humanos fundamentadas na orientação sexual e na identidade de género (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2009).

### **1.5.1 Dados sobre Homofobia em Portugal**

Segundo o artigo 13.º da Constituição da República Portuguesa (CRP), que data de 1976, qualquer indivíduo tem a mesma dignidade social e igualdade perante a lei. Deste modo, ninguém poderá ser prejudicado ou beneficiado por apresentar determinada religião, raça, convicção de qualquer cariz, condição social ou orientação sexual (Assembleia da República, 2005). No entanto, só em 1995, com o apoio da Associação para o Planeamento da Família (APF), é que foi criada a Carta para os Direitos Sexuais e Reprodutivos, que nos remete para o seguinte no seu terceiro artigo:

*“Ninguém deve ser discriminado, no âmbito da sua vida sexual e reprodutiva, no acesso aos cuidados e/ou serviços. Nenhuma pessoa deve ser discriminada no seu acesso à informação, cuidados de saúde, ou serviços relacionados com as suas necessidades de saúde e direitos sexuais e reprodutivos ao longo da sua vida, por razões de idade, orientação sexual, deficiência física ou mental.”* (Associação para o Planeamento familiar, 1995, 3º artigo:34)

O mesmo documento salienta a importância da educação sexual, a ser praticada também em ambiente escolar, mas ainda nos dias de hoje o tema tem tido claras dificuldades de aplicação efetiva por parte da comunidade docente. Também a Lei n.º 60/2009, de 6 de agosto, na alínea f) do seu artigo 2.º, define como finalidade da educação sexual em meio escolar o respeito pela diferença entre as pessoas, bem como pela sua orientação sexual (Assembleia da República, 2009).

Sendo assim, ainda que Portugal seja considerado um país *gay friendly*, com legislação que permite a alteração de sexo desde 1997, através do Decreto-Lei n.º 36/97, e que neste momento vai na sua sétima alteração com a Lei n.º 7/2011 (Assembleia República, 2011), facto é que na realidade não se chegou a contabilizar mais do que dois procedimentos em cada ano por mais de uma década, e com pouco acesso a procedimento participado ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e com ainda maior dificuldade em alterar o nome e o sexo no cartão do cidadão (Assembleia da República, Lei nº 60/2009).

O estigma associado à homossexualidade e a homofobia está ainda presente no dia a dia dos cidadãos. É essa a posição defendida por Vendrame (2015), para quem a homofobia se encontra presente de forma mais ou menos evidente, podendo ser traduzida no silêncio sobre o tema, na repulsa à prática homossexual, por meio de agressões verbais ou até de agressões físicas (Vendrame, 2015).

Natarelli (2015), por sua vez, ao referir-se à educação sexual nas escolas, considera que tanto os profissionais de educação como os profissionais de saúde não se sentem confortáveis no papel de transmissores de informação sobre sexualidade nas escolas e instituições de saúde, a crianças e adolescentes, pois não se sentem ainda confortáveis com a homossexualidade. Este comportamento heterossexista trava a alteração dos comportamentos na população em geral e cria uma barreira que afeta todos, incluindo os indivíduos homossexuais, que desenvolvem uma homofobia internalizada, pois também se sentem diminuídos, ou inferiores, escondendo dos seus familiares, amigos ou outros significativos a sua orientação sexual (Pereira, 2002).

Segundo Vendrame (2015), os jovens e adultos homossexuais são constantes vítimas de uma homofobia institucionalizada, levando-os a sentir vergonha e aversão relativamente a eles próprios, sendo alvo não só de discriminação exterior a eles, mas de uma violência interiorizada, de vergonha e insatisfação, suscetível de levar esses indivíduos até ao suicídio.

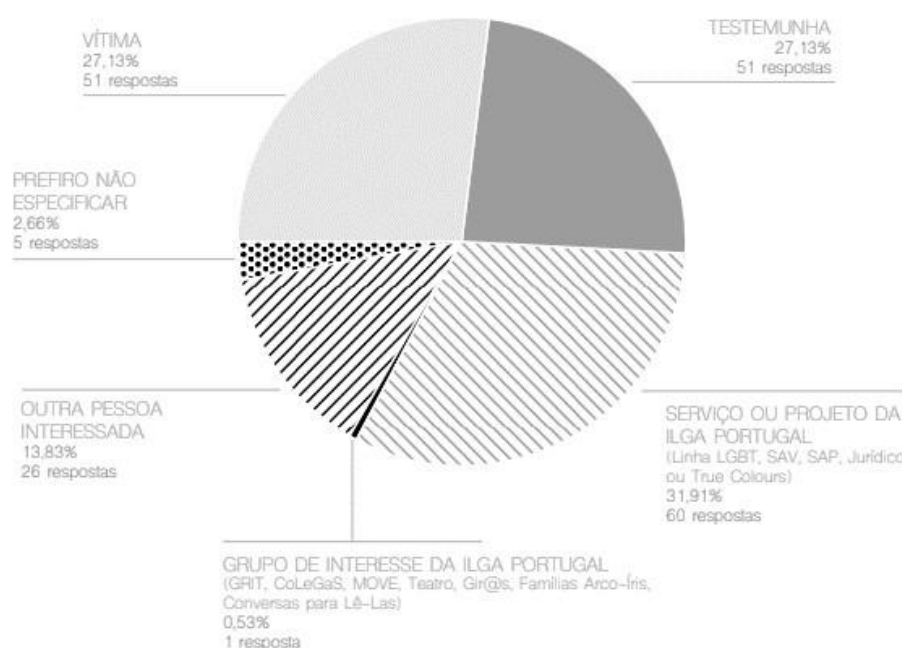
A entrada em vigor da Lei n.º 9/2010 que permitiu o casamento homossexual (Assembleia da República, 2010), impulsionou o número de estudos e o acréscimo de atenção relativamente a este tema. Em 2015 registaram-se 523 casamentos entre indivíduos do mesmo sexo e o observatório contra a discriminação LGBTI tem verificado um número constante de casamentos desde essa data (ILGA Portugal, 2018).

A Lei n.º 2 de 2016 permite a adoção por casais homossexuais, após veto presidencial da lei em 2015 (Assembleia da República, 2016). Posteriormente, a Lei n.º 30 de 2018 garantiu o direito à autodeterminação da identidade de género e expressão de género e à proteção das características sexuais de cada pessoa (Assembleia da República, Lei nº 30/2018).

Em 2018, a ILGA Portugal publicou um relatório com dados da discriminação em

Portugal através de 188 questionários distribuídos pelo Observatório da Discriminação, e as principais conclusões a que chegou indicam que a maioria das denúncias (32,27%) foi registada pelos serviços e/ou projetos da ILGA Portugal (Figura 2) seguida pelas próprias vítimas (26,98%) sendo a idade média das vítimas de 29 anos (ILGA Portugal, 2018).

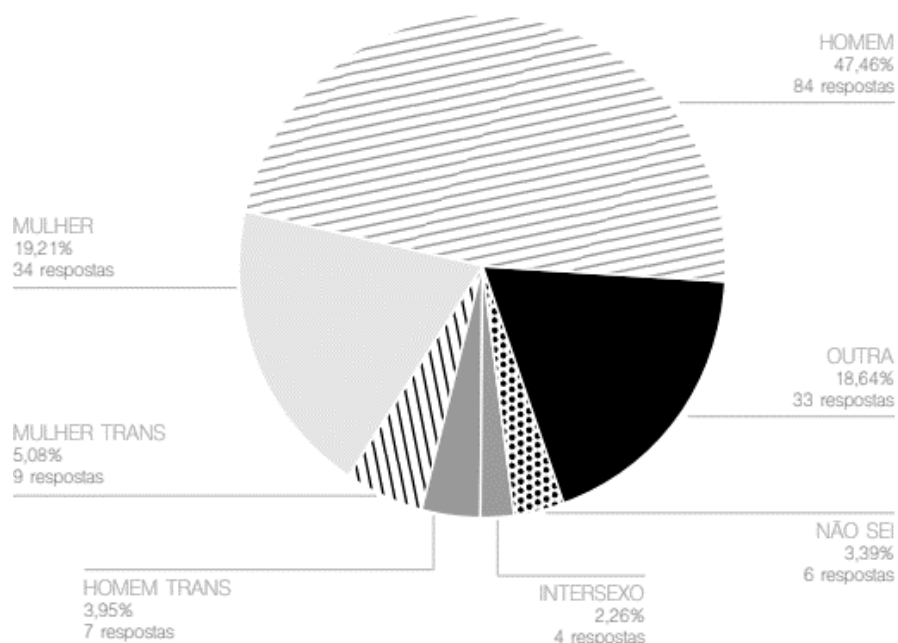
Figura 2. Fonte da denúncia de discriminação homofóbica, segundo ILGA Portugal



Fonte: ILGA Portugal, Observatório da Discriminação, 2018

Relativamente ao sexo e identidade de género das vítimas, quase metade identificaram-se como homens (47,19%) e 19,10% como mulheres, sendo que as restantes identificaram-se como mulheres trans (5,62%), homens trans (3,93%) e intersexo (2,25%), seguindo a tendência de anos anteriores (Figura 3). Considerando a orientação sexual da vítima, parece existir uma correspondência à visibilidade diferenciada das categorias assinaladas, sendo que os homens gay têm maior expressão (37,64%), seguidos das mulheres lésbicas (16,29%), pessoas heterossexuais (10,11%) e pessoas bissexuais (6,18%) (ILGA, 2018).

Figura 3. Sexo e identidade de género das vítimas de discriminação homofóbica, segundo ILGA Portugal

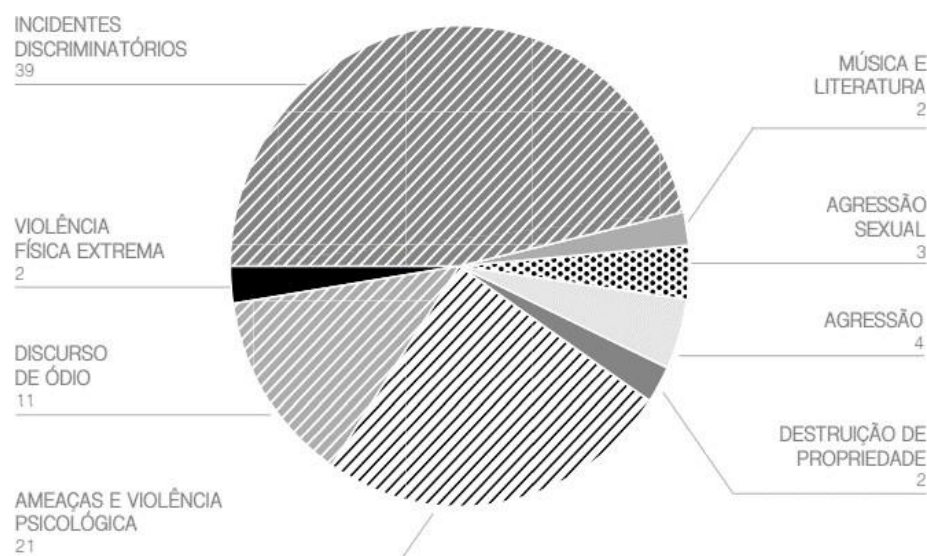


Fonte: ILGA Portugal, Observatório da Discriminação, 2018

De acordo com os dados apresentados pelo relatório, verificou-se que quanto ao número de pessoas que discriminam a vítima, na maioria das situações (45,28%) era apenas uma pessoa, mas realça-se também a proporção significativa que corresponde a um grupo de pessoas, em 28,30% das situações (ILGA ,2018).

Os crimes e incidentes discriminatórios motivados pelo ódio contra pessoas LGBTI ainda constituem uma realidade, pelo que em 2017 foram denunciadas 39 situações, sendo que estas se traduziram, essencialmente, em incidentes discriminatórios e ameaças e violência psicológica, como consta na figura que se segue.

Figura 4. Crimes e incidentes discriminatórios motivados pelo ódio contra pessoas LGBT, segundo ILGA Portugal



Fonte: ILGA Portugal, Observatório da Discriminação, 2018

Nos últimos anos Portugal tem subido nos *rankings* do *Spartacus Gay Travel Index*, que avalia os países com legislação mais protetora de comunidade homossexual, sendo que entre 2018 e 2019 subiu de 27.º lugar para 1.º lugar, estando a Espanha e Reino Unido em 3.º lugar. Comparativamente, o Brasil surge atualmente na posição 68ª, verificando-se um movimento descendente no ranking (Gay Guide, 2019).

O presidente da ILGA em 2015 afirmou que Portugal é o único país da Europa com a afirmação expressa da igualdade de género no seu plano constitucional (Vendrame, 2015), no entanto, ainda há um longo caminho a percorrer para que não ocorram situações de discriminação nem de homofobia.

### 1.6 Homofobia e Discriminação em Cuidados de Saúde

A homofobia em cuidados de saúde ainda existe e recorde-se que só a partir de 1992 a OMS retirou a orientação homossexual da Classificação Internacional de Doenças (CID). Muitos dos casos que retratam a homofobia nos cuidados de saúde, refletem-se em casos

em que o tratamento médico visava a mudança de orientação sexual das pessoas LGBT. Existem mesmo relatos de pessoas que, forçadamente, foram submetidas a tratamentos para alterar a sua orientação sexual.

No que respeita à comunidade LGBT, os seus membros partilham o facto de serem alvo de preconceito, discriminação e vitimização (Quintas, 2008). O mesmo autor refere que “(...) *a medicina e os profissionais de saúde foram, e nalguns casos, continuam a ser, fortemente responsáveis pela manutenção de posições de marginalização e discriminação, que vão do heterossexismo à homofobia, bifobia e transfobia.*” (Quintas, 2008:167).

Atualmente, e no contexto clínico, fala-se do modelo afirmativo gay, que visa ajudar a pessoa a aceitar a sua orientação sexual, pelo que a homossexualidade e a bissexualidade assumem-se como estruturas da sexualidade humana com igual valor à heterossexualidade (Quintas, 2008).

Contudo, no espaço europeu, ainda são muitas as pessoas LGBT que receiam a estigmatização e o preconceito por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente, nos cuidados de saúde primários (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2009).

No Reino Unido, o maior inquérito realizado no âmbito desta matéria indicou que de 6178 mulheres lésbicas e bissexuais, metade vivera situações de homofobia e discriminação no acesso aos cuidados de saúde (Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia, 2009). Em Portugal, a questão da heteronormatividade do pessoal médico foi ressaltada, por discursos de ginecologistas que presumem que todas as suas pacientes são heterossexuais, ou que os gays são maioritariamente portadores de VIH/SIDA (Pereira et al., 2009)

No respeitante à realidade portuguesa, não há muitos estudos sobre homofobia nos cuidados de saúde. Os investigadores Pereira e colegas (2009) procuraram perceber como é que a existência de homofobia internalizada condiciona a adoção de comportamentos preventivos de doença, em sujeitos homossexuais com maiores e menores níveis de homofobia internalizada. O estudo revelou que os sujeitos com mais homofobia internalizada apresentam mais cuidados de saúde relacionados com a sua vida sexual,

relativamente à sua saúde global, mas também na temática do controlo de IST, pela utilização de métodos contraceptivos ou com mais idas a consultas de vigilância. Os indivíduos com menos homofobia internalizada, segundo este estudo, desvalorizam mais a vigilância de saúde de forma geral. Os investigadores perceberam ainda que:

*“(...) ser homossexual varia de cultura para cultura e que se constrói uma identidade homossexual por contraponto à repressão social e cultural. Logo, é natural que os gays da amostra do presente estudo que inventaram as suas identidades e se rotularam de gays – vivendo bem com esse rótulo, ou seja, tendo menos homofobia internalizada – procurem agir em termos de comportamento para a saúde de acordo com aquilo que a sociedade e a cultura vigente espera deles, isto é, que tenham comportamentos menos adequados. (...) Afinal, se o que é esperado pela sociedade é que os gays sejam mais desajustados, homens com mais homofobia internalizada (que terão mais renitência em se identificarem como gays) terão mais comportamentos ajustados, inclusive comportamentos para a saúde, quando essa homofobia implica a percepção interna do estigma. Instalar-se-á uma resistência à própria identificação como gay que traz repercussões ao nível da adoção de comportamentos de saúde.” (Pereira et al., 2009:78).*

Outra conclusão importante do estudo, é que os homossexuais que expressam publicamente a sua sexualidade ou que são conotados como tal (logo têm menos homofobia internalizada), são objeto de todo o tipo de agressões, pois vivem numa sociedade que os discrimina.

O estudo de Moita (2011) debruçou-se sobre os discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico, procurando perceber quais as configurações que terapeutas e clientes tinham da homossexualidade e as implicações que delas decorrem. Os resultados deste estudo apontaram a existência de um entendimento da homossexualidade inscrito num quadro deficitário e a falta de leituras da homossexualidade numa perspetiva social.

Quanto às implicações da homossexualidade no processo terapêutico e sua avaliação, o mesmo autor encontrou dois padrões: se, por um lado, e no cômputo geral, a avaliação não foi negativa, por outro lado, nalguns casos, a homossexualidade foi lida pelo terapeuta como responsável pelo mal-estar do utente, o que condiciona os objetivos e as estratégias de intervenção e resulta na insatisfação do mesmo.

Quintas (2008) no seu estudo sobre comportamentos para a saúde por utentes LGBT e onde também procurou perceber se estes utentes se sentiam discriminados devido à sua orientação sexual, verificou que é a nível dos CSP que os utentes LGBT mais procuram cuidados de saúde, sendo que o profissional de saúde a quem mais recorrem, e a quem mais revelam a sua orientação sexual, é o médico de família. Os resultados revelaram também que ainda se encontram presentes alguns níveis de homofobia entre os profissionais de enfermagem, a maior parte deles relacionados com a religião e os valores morais do profissional. No entanto, o mesmo estudo também verificou que se assiste à presença de razoáveis níveis de atitude positiva em relação aos utentes LGBT, o que demonstra que a nível das faixas etárias mais jovens destes profissionais, estamos a assistir a uma mudança de mentalidade em relação às questões relacionadas com a orientação sexual (Quintas, 2008).

De facto, alguns profissionais de saúde ainda ficam desconfortáveis face à questão da orientação sexual, sendo que a discriminação direccionada a pessoas LGBT tem contornos legais, institucionais e sociais e entre as várias áreas da sociedade que abrange, a saúde é uma delas (ILGA Portugal, SD). Na área da saúde, além do acima referido, importa sublinhar que ao nível da lei e das práticas institucionais, ainda existem três questões fulcrais que carecem de resolução. Segundo o observatório da *Igualdade em Saúde* (ILGA Portugal), são:

- A exclusão discriminatória de mulheres solteiras ou mulheres casadas ou unidas de facto com mulheres no acesso às técnicas de procriação medicamente assistida, que obriga muitas mulheres portuguesas a recorrerem a serviços de saúde noutros países.
- A garantia de que em Portugal a regulação do acesso a tratamentos médicos por pessoas trans (como as terapias hormonais ou cirúrgicas) é feita de acordo com as mais recentes orientações internacionais. Contudo, estão também por resolver várias dificuldades que as pessoas trans encontram no reconhecimento legal da sua identidade, processo que em Portugal está dependente de um diagnóstico médico.

- As práticas institucionais que colocam barreiras à dádiva de sangue por homens gays e bissexuais.

### 1.7 O impacto dos Cuidados de saúde Primários na População

Os cuidados de saúde primários (CSP), integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), proporcionam cuidados de saúde (CS) individualizados e ajustados a cada utente, pelo que, num primeiro contacto com o SNS, dispõem de cuidados contínuos, globais e coordenados (Araujo,2014). No fundo, os CSP constituem, segundo *o Internacional Council of Nurses (ICN)*,

*“(...) o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham” (Internacional Council of Nurses, 2008:1).*

O direito à saúde no contexto português foi reconhecido apenas em 1971 (Monteiro *et al.*, 2017). Segundo Monteiro, contribuiu para a criação de centros de saúde de primeira geração, os quais visavam proteger a saúde pública e preventiva. Estavam vocacionados para a vigilância materna e infantil, a vacinação e a saúde escolar (Monteiro *et al.*, 2017). O SNS português surgiu no final da década de 70, destacando-se a importância que a Declaração da Alma-Ata, concebida na Conferência Internacional sobre os CSP, teve para o SNS e também para os CSP. Tal como sublinha a Organização Mundial de Saúde (OMS), esta expressava claramente

*“(...) a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo (...)” (Organização Mundial de Saúde, 1978:3).*

Assumindo, desde o início, um compromisso com a política de saúde direcionada para os CSP (Gava *et al.*,2018), o SNS foi criado pela Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, na qual era assegurado o acesso gratuito de todos os cidadãos ao SNS (Lei nº56/1979, Assembleia da República). No entanto, tanto as políticas de saúde como a evolução do próprio SNS foram progredindo de acordo com diversas agendas políticas (Sousa, 2009), o que

culminou em lentas, diversas e graduais reformas (Biscaia et al., 2008). Após várias reformas, a partir de 2005 assiste-se a uma grande mudança nos CSP, visando a garantia de uma maior equidade no acesso à saúde e, concomitantemente, acompanhar as orientações da União Europeia (UE) (Gava et al., 2019). Esta é vista como uma das reformas mais bem-sucedidas no contexto nacional, ao nível dos serviços públicos portugueses, e no contexto europeu (Biscaia et al., 2008; Gava et al., 2009; Monteiro et al., 2017).

Na verdade, a reforma dos CSP em Portugal veio exigir a adoção de um novo modelo de gestão (Maciel, 2011), que privilegia quatro princípios, descritos na tabela 2, nomeadamente a equidade e universalidade dos serviços de saúde, a autonomização da comunidade, e as abordagens intersectoriais. Estas incluem profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas da fala, fisioterapeutas, higienistas orais, assistentes operacionais, técnicos administrativos e técnicos de saúde ambiental, e procuram também estratégias para implementação de novas tecnologias no âmbito da saúde.

Tabela 2. Princípios fundamentais para os Cuidados de Saúde Primários

Princípio	Descrição
1. Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis.	Qualquer pessoa deve ter um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas.
2. Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde.	O público deve ser encorajado e a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer
3. Abordagens intersectoriais à saúde.	Os profissionais de vários sectores, incluindo o sector público, trabalham de forma interdependente com os membros da comunidade para promover a saúde da comunidade.
4. Tecnologia apropriada.	A tecnologia e as formas de cuidado devem basear-se nas necessidades de saúde e ser adaptados de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

Fonte: Internacional Council of Nurses, 2008

Como podemos verificar na tabela supracitada, os cuidados prestados pelos profissionais devem basear-se nas necessidades específicas de saúde de cada utente, devendo ser adaptadas ao mesmo, no âmbito da promoção da sua saúde e prevenção de doença, seja esta física ou mental, e também para dar resposta nos episódios de doença aguda que não justifique ida ao hospital.

O acesso a CSP nunca deve ser negado, e o papel dos profissionais de saúde na capacitação e autonomização do utente é enfatizado. Em suma, o papel do enfermeiro é fundamental na capacitação e empoderamento do utente na tomada de decisão relacionada com a sua saúde.

### **1.7.1 Papel da enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários**

Os enfermeiros constituem um corpo de profissionais muito importante em qualquer serviço de saúde pois, de acordo com a OMS, este grupo profissional abrange cerca de 60 a 80% da força total de trabalho de um serviço de saúde, sendo ainda os responsáveis por, aproximadamente, 90% de todos os serviços (Internacional Council of Nurses, 2012).

No que diz respeito a Portugal,

*“(...) os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde do país. A enfermagem portuguesa é hoje reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos vinte anos.” (Correia et al, 2001: 76-77),*

e assim sendo continuam ainda a tentar lutar pelo seu devido reconhecimento.

No que diz respeito aos CSP, a enfermagem é parte integrante e importante da promoção de saúde, da educação do indivíduo e da comunidade para a tolerância e diversidade humana. O grupo profissional deve estar informado e disponível para ações que visem a criação e manutenção de uma sociedade protetora de todos os seus indivíduos (Correia et al, 2001).

Por sua vez, competência é um processo que se traduz em saber gerir uma situação profissional complexa, sendo este processo influenciado por fatores associados à vida do indivíduo, à sua situação profissional e à sua formação (Le Boterf, 2000).

Os elementos que fazem parte da competência encontram-se distribuídos por três domínios: cognitivo, que abrange o conhecimento, a compreensão, a aplicação, a análise, a síntese e a avaliação; afetivo, que integra a atenção, a resposta, a valoração, a organização e a caracterização pelo valor; e o psicomotor, que abrange os movimentos reflexos, os movimentos básicos fundamentais, as capacidades perceptivas, as capacidades físicas, os movimentos de perícia e as comunicações não discursivas (Dias, 2006).

Na verdade, as competências dos enfermeiros não se esgotam na habilidade que possuem, sendo crucial que possuam conhecimentos que lhes permitam abordar o utente a partir de uma perspetiva holística.

O enfermeiro é detentor de competência científica, de valores profissionais, saberes organizacionais e conhecimentos sobre o utente a quem presta cuidados (Morais, 2004). De forma sucinta, cabe ao enfermeiro mobilizar a sua competência garantindo a igualdade de tratamento a todos os indivíduos, independentemente das suas características, não julgando, e fornecendo-lhes o melhor serviço de saúde possível com os recursos disponíveis.

A sua competência terá também de ser trabalhada no sentido de mobilizar conhecimentos para as necessidades específicas da comunidade LGBT, ouvir e compreender as preocupações dos utentes e garantir que respeitando os princípios éticos a que está ajuramentado, estes tenham os melhores cuidados de saúde disponíveis.

### **1.7.1.1 As Necessidades Humanas Básicas do Indivíduo e a Enfermagem**

Várias têm sido os teóricos da psicologia social e disciplinas afins que têm categorizado as necessidades humanas básicas, sendo Abraham Maslow um dos mais conhecidos no mundo ocidental. A pirâmide de Maslow tem sido aplicada a estudos das mais variadas áreas, desde a enfermagem à educação e às teorias organizacionais. À pirâmide das necessidades básicas de Maslow têm sido apontadas algumas críticas, como por exemplo o seu pendor universalista e ahistórico, não tendo em conta fatores culturais, sociais e outros, mas continua a ser considerada válida pela comunidade científica. Segundo o psicólogo americano, as necessidades do indivíduo dividem-se em cinco grupos, começando pelas necessidades fisiológicas situadas na base da pirâmide e terminando, no

topo da pirâmide, com as necessidades de realização pessoal. Da satisfação das necessidades humanas básicas depende o equilíbrio total do indivíduo (Maslow, 1987).



Figura 5- Pirâmide de Maslow

Segundo Maslow, as necessidades humanas básicas são comuns a todos os seres humanos, podendo variar na forma como se manifestam e nas formas como se alcançam (Figura 5).

O ser humano é considerado de forma holisticamente e em busca constante de estados de equilíbrio. A ausência da satisfação de uma ou mais necessidades básicas provoca desequilíbrio. No campo dos cuidados básicos de saúde, este desequilíbrio é um motivo leva o utente a recorrer aos cuidados de saúde primários, com vista a procurar a ajuda profissional que lhe permita recuperar o equilíbrio físico ou/e emocional (Horta, 1974).

Assim sendo, no campo das necessidades fisiológicas, referimo-nos às necessidades homeostáticas, sendo que a sua não satisfação leva a uma exacerbação da agressividade

(por exemplo, devido à não homeostasia do sono ou do desejo sexual), bem como à doença física no caso de necessidades relacionadas com o equilíbrio interno orgânico.

No segundo patamar da pirâmide, encontram-se as necessidades de segurança. Estas estão presentes em diversas esferas da vida do indivíduo, nomeadamente no trabalho, na família, na segurança física e da propriedade pessoal. Está salvaguardada a segurança deste patamar em determinadas ocasiões/populações pela existência de leis que impõem o decorrer de uma determinada ordem na sociedade. A sua não satisfação pode implicar insegurança no indivíduo, que se supera através da satisfação da necessidade.

No terceiro patamar encontram-se as necessidades sociais, ou seja, as que permitem o relacionamento interpessoal, acompanhando o desenvolvimento do indivíduo. A sua não satisfação origina a incapacidade de criar relacionamentos amorosos, e até mesmo o estabelecimento de relações com pessoas próximas como os colegas de trabalho, pois é realçado o sentimento de falta de apoio daqueles que para ele são significativos. Este patamar compreende as necessidades de amor, amizade, sensação de pertença e inclusão em determinada comunidade/s.

O quarto patamar remete para a autoestima, esta só surge com a auto-apreciação e dignidade, bem como com o reconhecimento pelos outros, da nossa adequação à sociedade e do nosso valor enquanto ser social. Quando não são satisfeitas estas necessidades surgem as sintomatologias depressivas, comportamentos de auto mutilação e até ideação suicidária nos piores casos.

O último patamar diz respeito à necessidade de auto-realização, ou seja, de obter um nível de realização individual de acordo com o que o indivíduo avalia ser o seu potencial. A ausência de satisfação desta necessidade leva ao desequilíbrio e ao descrédito na sociedade em geral. Este poderá nem sempre ser visível no discurso do indivíduo, mas o mesmo apresenta desmotivação ou revolta com a sociedade (Koltko-Rivera,2006).

Assim, e segundo Horta (1974:72), *“assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar, supervisionar e encaminhar a*

*outros profissionais.”*

Esta realidade só é possível quando existe uma visão holística do indivíduo, pois somente assim se consegue um plano de intervenção individualizado e adequado, valorizando todas as suas necessidades humanas básicas, sejam estas as presentes na base da pirâmide Maslow.

Esta situação encontra-se igualmente presente noutros patamares da pirâmide, nomeadamente nas necessidades de segurança, que podem sofrer alterações quando existe homofobia no local de trabalho ou na família, levando a um desequilíbrio da autoestima e capacidade para a auto-realização.

A intervenção de enfermagem pode estar diretamente associada à substituição do indivíduo em algumas das necessidades humanas básicas. Mas acima de tudo está no apoio psicológico, capacitação e encaminhamento adequado e individualizado para outros profissionais, que também acompanham igualmente o indivíduo na otimização da satisfação das suas necessidades.

Em todos os patamares da pirâmide de Maslow, ou da satisfação das necessidade do indivíduo, a enfermagem tem uma papel fundamental através de um modelo que passo a exemplificar,(Figura 6) estabelecendo uma relação empática e de extrema relevância, para que o plano de cuidados seja individualizado e planeado de acordo com o indivíduo a quem nesse momento, a enfermeira ou enfermeiro presta cuidados.



Figura 6- Metodologia do processo de enfermagem (Horta, 1971)

### 1.7.2 A Enfermagem e a Homofobia nos Cuidados De Saúde Primários

A profissão de enfermagem, como foi abordado no capítulo anterior, teve uma evolução exponencial nos últimos 20 anos, quer ao nível da formação académica, quer ao nível de complexidade do exercício profissional, o que projetou o enfermeiro para um papel de significativo valor para a prestação de cuidados de saúde, principalmente no que diz respeito à sua qualidade e eficácia (Pereira, 2009).

Assim sendo, atualmente, a enfermagem tem um campo de atuação mais amplo do que no passado, que não se restringe ao indivíduo, abrangendo também a família e a comunidade em que este está inserido, traduzindo-se numa “(...) *profissão centrada em interações onde cada pessoa, por vivenciar um projeto de saúde, se torna singular, única e indivisível num momento único de cuidado*” (Serrano, et al., 2011: 16).

Segundo o artigo n.º 78 do Código Deontológico dos profissionais de enfermagem, o profissional de enfermagem tem, como fundamental, em todas as suas intervenções, o respeito pela liberdade e dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2000), sendo que também o artigo 8.º do REPE salienta que “(...) *no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos pelos cidadãos.*” (Decreto-Lei n.º 161/96).

Assim, no desempenho das suas funções, os enfermeiros nunca devem esquecer os direitos humanos e os valores universais, como a liberdade de escolha, a igualdade de direitos, o direito à verdade e à justiça de tratamento, bem como o direito à solidariedade por parte dos outros profissionais de saúde. Deste modo,

*“(...) não se trata apenas da pura satisfação de um direito formal, mas da associação da competência técnica, científica e moral com vista à prestação de um cuidado de qualidade nas esferas física, emocional, espiritual, intelectual e social.” (Ordem dos Enfermeiros, 2015: 46).*

Verifica-se, no entanto, que os profissionais de saúde sentem dificuldade em falar sobre sexo ou orientação sexual. Presumem que o indivíduo é heterossexual, não valorizando aspetos que são importantes para a qualidade dos serviços prestados (Quintas, 2008; Pereira et al., 2002).

Em estudos mais recentes realizados nos Canadá, verifica-se que apesar de os enfermeiros em instituições públicas não terem qualquer dificuldade em cuidar de utentes LGBT, as escalas de avaliação de homofobia aplicadas à mesma população de profissionais atribuem níveis de homofobia acima de 50%, contradizendo o seu discurso inicial (Çakir et al, 2020).

Aplicando as mesmas escalas em enfermeiros na Turquia, os níveis de homofobia desses mesmos profissionais foram também elevados (Harmaci et al, 2020).

Ainda hoje, e apesar de todos os recursos legais em vigor, observa-se uma discrepância entre o discurso de tolerância e respeito pela igualdade de direitos dos profissionais de saúde e as práticas de discriminação e atitudes homofóbicas dirigidas à população LGBT. Isto sucede tanto quando são atendidos por profissionais de saúde, como na disponibilização de serviços de saúde gerais e nos serviços relacionados com os cuidados específicos (Hotun et al., 2016).

Exemplos desse desfasamento entre o discurso e as práticas residem por exemplo no facto de em Portugal não existirem consultas de planeamento familiar para homens, nem panfletos informativos dirigidos particularmente aos utentes LGBT, nem cartazes que fomentem a aceitação da diversidade sexual (Hotun et al., 2016). Quanto aos cartazes

informativos sobre sexualidade para adolescentes, estes apenas incluem informação sobre relacionamentos heterossexuais.

Vários estudos revelam valores preocupantes dos sentimentos de repulsa pelo indivíduo LGBT entre a classe dos enfermeiros. Quintas (2008) e Pinto (2016) referem que os enfermeiros, se pudessem escolher os pacientes, não prestariam cuidados de saúde a indivíduos LGBT. Vitiritti (2016), num estudo empírico com profissionais de saúde, refere por seu turno que estes consideram “(...) *a orientação sexual gay ou lésbica como sendo uma opção do utente (...)*” (Vitiritti, 2016: 1394). No mesmo estudo, o discurso de profissionais de saúde sobre a relação entre colegas de trabalho, heterossexuais e homossexuais, considera a necessidade de se ser ético com o colega de trabalho, mas consideram-se admissíveis as formas pejorativas de se referir à sexualidade do outro.

Quanto aos profissionais gays, Vitiritti refere que estes “(...) *se culpam pela sua sexualidade, avaliando os relacionamentos que fogem do modelo heteronormativo como errados ou inadmissíveis (...)*” (Vitiritti, 2016: 1402). Este silenciamento da própria sexualidade nada mais é do que homofobia internalizada, já referida anteriormente neste estudo, com repercussões potencialmente danosas na vida do indivíduo LGBT.

A este respeito, importa referir outro estudo, o qual procurou identificar como é realizada a assistência do enfermeiro à população homossexual na Atenção Básica de Caicó-RN. Os investigadores verificaram que os enfermeiros têm pouca, ou nenhuma, compreensão do que é a diversidade sexual, mas conseguem conceituar a homofobia, concluindo a presença de uma realidade em que os profissionais de enfermagem têm pouca ou nenhuma aproximação com a assistência do indivíduo LGBT (Silva et al., 2018).

Muitas vezes também há uma desconsideração ou anulação da sexualidade do utente, não sendo sequer questionada a sua orientação sexual. A grande maioria dos enfermeiros não reconhece a necessidade de cuidados específicos em utentes LGBT (Beagan et al., 2012), enquanto outros não consideram sequer relevante o conhecimento sobre a identidade de género ou orientação sexual, referindo que “(...) *a orientação sexual deles não me diz respeito*” (Sahin et al., 2016: 223).

Verifica-se também que no atendimento a adolescentes, a desconsideração ou a assunção de que a homossexualidade é uma fase da adolescência, uma mania ou uma chamada de

atenção, leva a que se desvalorize potenciais comportamentos da esfera suicidária. Segundo o relatório da ILGA, a maior percentagem de discriminação (24,8%) observa-se em casa e tem origem na família (Quintas, 2008, ILGA Portugal 2017).

Segundo o mesmo relatório da ILGA Portugal (2019), a homofobia encontra-se bastante presente na prestação de cuidados de saúde, sendo que é imperativo compreender de que forma podemos reduzir este fenómeno ao nível do atendimento e cuidados de saúde, prestando cuidados de saúde não discriminatórios a toda a população.

Vários autores referem nos seus estudos que as mulheres enfermeiras são mais positivas em relação aos utentes LGBT (Della Pelle et al., 2018; Sahin, 2016).

O mesmo é reiterado por Crawford, 1999, (citado por em Beagan et al., 2012:44-63), em que enfermeiros homens que participaram no estudo concordaram com afirmações como “(...) *a homossexualidade é um pecado (...)*” e “(...) *homossexuais vão para o Inferno (...)*” ao passo que afirmações deste tipo não foram proferidas por nenhuma das participantes do sexo feminino.

Estudos no âmbito desta temática em Portugal são bastante relevantes na medida em que não existe muita investigação na área. Os resultados poderão trazer uma mais-valia num futuro próximo, se estes servirem de plataforma de arranque para uma mudança de paradigma dentro da classe profissional, poderão contribuir para validar a necessidade de formação aos profissionais de saúde, mesmo no percurso académico inicial, e visando uma maior qualidade dos cuidados prestados a esta população desde há muito vulnerável.

Assim sendo, é importante incluir a temática da identidade de género e orientação sexual na formação de profissionais de enfermagem, bem como na de outros profissionais e não só da área da saúde, para que estes conheçam as várias e diferentes orientações sexuais, não as assumindo como fugindo à regra, mas, pelo contrário, reconhecendo a diferença ao nível da orientação sexual e promovendo a aceitação desta diferença e reconhecendo as diferentes orientações sexuais. É imperativa a mudança do paradigma heteronormativo, passando a ser clara e inequivocamente aceites todas as formas de identidade de género e de orientação.

Sendo os enfermeiros um dos grupos de profissionais de saúde que mais contacto tem

com os utentes, é essencial que estes respeitem os princípios e valores inerentes à sua prática profissional, como é igualmente importante que estes reconheçam a diferença e prestem os mesmos cuidados, com a mesma qualidade e atenção, a todos os utentes, independentemente da sua orientação sexual.

### **1.8 Perguntas de investigação e objetivos do estudo**

A partir do anteriormente descrito relativamente aos possíveis comportamentos homofóbicos por parte dos enfermeiros no atendimento aos utentes em cuidados de saúde primários e pretendendo analisar as características dessa mesma interação, foi desenvolvida a seguinte pergunta geral de investigação:

Qual é a natureza das interações que se estabelecem entre os utentes pertencentes à comunidade LGBT que acedem a cuidados de saúde primários, e as equipas de enfermagem que prestam cuidados de saúde?

Sub-questões de investigação:

- Quais os motivos que levam os utentes LGBT a recorrerem aos CSP aos cuidados de saúde primários?
- Quais as perceções, entre os utentes LGBT que recorrem a cuidados de saúde primários, sobre atitudes e/ou comportamentos homofóbicos no decorrer da prestação de cuidados de saúde primários pelos enfermeiros?
- Quais as estratégias de adaptação desenvolvidas pelos utentes LGBT resultantes de atitudes e/ou comportamentos homofóbicos por parte dos enfermeiros?

A partir da questão e sub-questões de investigação acima descritas, procurou desenvolver-se uma investigação sobre eventuais atitudes e/ou comportamentos homofóbicos experienciados pelos utentes da comunidade LGBT no atendimento dos cuidados de saúde primários, com vista a refletir sobre as consequências para a saúde física, mental e psíquica desta faixa da população portuguesa.

Assim sendo, estabeleceu-se como objetivo geral para este estudo:

- Analisar a percepção de homofobia dos utentes LGBT que acedem a cuidados de saúde primários, sobre a natureza das interações que se estabelecem entre eles e as equipas de enfermagem, que lhes prestam cuidados.

A seguir apresentam-se os objetivos específicos que guiaram o estudo:

- i. Descrever as necessidades de saúde que levam os utentes LGBT a recorrerem a cuidados de saúde primários no Sistema Nacional de Saúde
- ii. Caracterizar a percepção dos utentes LGBT relativamente a atitudes/ comportamentos homofóbicos no decorrer da intervenção dos enfermeiros nos CSP
- iii. Identificar as estratégias de adaptação desenvolvidas pelos utentes LGBT resultantes de atitudes e/ou comportamentos homofóbicos por parte dos enfermeiros nos CS

## Capítulo 2. Material e Métodos

### 2.1 Posicionamento da investigadora

Sou licenciada em enfermagem desde 2002, exerço as funções de enfermeira especialista em Saúde Comunitária desde 2011, e integro os CSP desde 2011, sendo responsável por vários projetos no âmbito do Plano Nacional de Saúde Escolar. Sou responsável pela Saúde Escolar de um agrupamento de escolas integrado numa zona social carenciada e tenho participado em projetos no âmbito da saúde sexual de profissionais do sexo.

Neste estudo, a relação da investigadora com a investigação é simultaneamente de externa e interna. Externa pois não pertença à comunidade LGBT e como tal necessitei de tentar criar alguma confiança dos participantes, de modo a poder conduzir entrevistas ricas em conteúdo e que refletissem da melhor forma possível as perceções e as experiências reais das pessoas que me propus investigar. Se fosse parte integrante da comunidade LGBT poderia ter tido acesso a mais participantes e a participantes que, por questões de privacidade, nestas circunstâncias se poderão ter sentido inibidos em falar comigo. Por outro lado, enquanto enfermeira com experiência de mais de 20 anos, o meu papel é interno, ou seja, tenho presente, que no meu dia-a-dia de trabalho convivo com esta comunidade de utentes e observo as interações entre os utentes LGBT que recorrem aos serviços de cuidados primários e os enfermeiros que os recebem. Ser *insider*, neste sentido, impediu-me de iniciar esta investigação sem conhecimentos prévios e ideias preconcebidas. Foi por isso necessário um esforço mental para me distanciar das minhas experiências anteriores enquanto enfermeira e partir para a investigação com o exclusivo objetivo de ouvir as vozes dos participantes, e tornar-me eu própria a voz deles/delas através da interpretação que fiz das perceções e experiências que partilharam comigo. Estou ciente, no entanto, que o meu posicionamento pessoal enquanto enfermeira e parte integrante do serviço de cuidados de saúde primários, poderá ter influenciado a interpretação da informação recolhida. Por outro lado, não creio que o facto de ser do género feminino e seguir uma orientação heterossexual tenha afetado de alguma forma o meu relacionamento com os participantes e com a investigação em si.

Expliquei aos participantes quais os objetivos desta investigação, nomeadamente os

relativos à formação de profissionais de enfermagem nas áreas das identidades de género, do direito à diversidade sexual, e da saúde escolar.

## 2.2 Desenho da investigação

Este estudo enquadra-se no paradigma qualitativo de investigação, que nas últimas três décadas tem adquirido cada vez mais relevo na área da saúde. A investigação qualitativa é naturalística, no sentido em que tem lugar no meio social em que os indivíduos investigados estão imersos, e não em laboratório, e o investigador não controla ou manipula o que está a ser estudado (Merriam, 2014). O investigador inserido neste paradigma assume que a realidade social é construída, ou seja, não há uma realidade única e passível de ser captada no seu todo, mas múltiplas realidades, ou interpretações, do mesmo fenómeno. A investigação qualitativa não pretende testar uma teoria, pôr em ação uma experiência, ou alcançar resultados mensuráveis (Merriam, 2014).

Denzin e Lincoln (2018) definem a pesquisa qualitativa como uma atividade situada no tempo e no espaço físico e social, que coloca o observador dentro do mundo observado. Por sua vez Patton (2015) define a investigação qualitativa como um esforço para compreender situações no seu carácter único, tendo em conta o contexto social em que os fenómenos estudados se inserem. A investigação qualitativa permite de forma única reportar a complexidade e profundidade das experiências de vida das pessoas, obtendo informação sobre as crenças, contradições, comportamentos e emoções dos indivíduos (Cohen et al., 2017). O investigador enquadrado neste paradigma assume que as ações humanas têm sempre um significado e que o papel do investigador é descobrir, analisar e interpretar esse significado. Tal como o paradigma quantitativo está para a descrição e análise, o paradigma qualitativo foca-se em percorrer o caminho, mais complexo e intrincado, da análise à interpretação.

Com o intuito de obter o maior número de dados utilizaram-se, durante as entrevistas, notas sobre comportamentos não verbais, notas essas que poderiam ajudar na construção da discussão dos resultados do estudo.

Em estudos naturalísticos e interpretativos, procura-se uma compreensão holística da

realidade social investigada, sem dar lugar à formulação de hipóteses a priori (Godoy, 1995). A interpretação vai assim sendo construída à medida que o estudo avança, não se aplicando a progressão linear própria dos estudos quantitativos.

Nesta investigação, foi inicialmente realizada uma pesquisa bibliográfica com o intuito de explorar o conhecimento académico já existente sobre o tema. Através da seleção de palavras-chave como homofobia, discriminação e enfermeiros foi elaborada uma revisão bibliográfica não sistematizada que permitiu compreender o conceito de discriminação e homofobia. Durante o estudo, houve necessidade de estender a pesquisa e foram adicionadas outras palavras-chave, nomeadamente população LGBT, orientação sexual e identidade de género.

Verificou-se a não existência em Portugal de bibliografia extensa na área da homofobia e no comportamento dos profissionais de saúde junto da comunidade LGBT, o que levou a um desenho de investigação de realce exploratório e descritivo do comportamento dos indivíduos no seu ambiente natural.

Foram também pesquisadas possíveis necessidades específicas da comunidade LGBT no decorrer da elaboração do guião da entrevista (Anexo 2), a fim de compreender se os motivos de ida a instituições de saúde para receber cuidados de enfermagem retratam a literatura encontrada sobre o tema, e por fim compreender se os participantes consideram áreas prioritárias para melhoria dos cuidados de saúde prestados.

### **2.3 A abordagem de estudo de caso**

O presente estudo é de natureza exploratória, uma vez que se trata de uma área de investigação onde ainda não existem estudos e resultados científicos suficientes, no contexto nacional. O estudo exploratório é realizado sobre um problema em que não se encontra vasta literatura sobre o tema. Yin (2014) identifica, para além dos estudos de caso exploratórios, dois outros tipos: exploratórios e descritivos. No entanto, as características destes dois últimos tipos não se aplicam ao presente estudo, o qual não pretende explicar os comportamentos homofóbicos, mas apenas contribuir para uma melhor compreensão de um fenómeno que tem sido pouco estudado em Portugal, nem se

limita à descrição de comportamentos homofóbicos, visando, em vez disso, analisar e interpretar os mesmos. A abordagem de estudo de caso tem grande aplicabilidade no estudo do comportamento humano, em contextos contemporâneos de vida. Dooley (2002: 343-344) refere que:

*“Investigadores de várias disciplinas usam o método de investigação do estudo de caso para desenvolver teoria, para produzir nova teoria, para contestar ou desafiar teoria, para explicar uma situação, para estabelecer uma base de aplicação de soluções para situações, para explorar, ou para descrever um objeto ou fenómeno” (Dooley, 2002: 343-344).*

Creswell e Poth (2018) por seu turno, esclarecem que a abordagem de estudo de caso oferece grande flexibilidade ao investigador, uma vez que o estudo de caso pode ser conduzido sobre um dado fenómeno social, um indivíduo, um grupo, uma organização, ou uma unidade social. A recolha dos dados é flexível, permitindo ao investigador a escolha das técnicas de recolha de informação consideradas em cada caso mais adequadas.

Existem também estudos de caso quantitativos e mistos, em que os dados recolhidos são quantitativos e qualitativos. O presente estudo de caso é exclusivamente qualitativo, não permitindo, portanto, a generalização dos resultados. Mais importante que a quantidade de dados recolhidos ou a generalização dos resultados, num estudo qualitativo, é o pensamento indutivo do investigador.

Este é também considerado a primeira fonte de investigação, uma vez que tem um papel ativo do início ao final do estudo, passando pelo desenho do estudo, escolha dos participantes, construção dos instrumentos de recolha de informação, recolha dos dados empíricos e respetiva análise e interpretação dos mesmos.

As origens da abordagem de estudo de caso remontam à psicologia (Freud), à medicina, ao direito e às ciências políticas, mas estende-se a muitas outras disciplinas científicas, como por exemplo a sociologia e a antropologia, a educação e a saúde (Creswell e Poth, 2018). Nem todos os teóricos estão de acordo sobre o que define o estudo de caso, mas uma característica consensual é esta abordagem dizer respeito a um sistema definido espacial e temporalmente, ou, como os autores sublinham, "*a bounded system, bounded*

*by time and space*" (Creswell e Poth, 2018:153).

Este estudo de caso tem como objetivo explorar as perceções e sentimentos da comunidade LGBT ao aceder a instituições de saúde, nomeadamente ao nível dos CSP. Ofoco específico da investigação são as interações entre utentes e enfermeiros e enquanto cuidadores.

## **2.4 População**

Uma população é um conjunto de itens, indivíduos ou eventos semelhantes que interessam para alguma questão ou característica comum, tornando-se neste caso a população o conjunto de todos os elementos que têm pelo menos determinada característica em comum (Fortin, 2006).

No caso deste estudo a população são todos os indivíduos maiores de idade que sejam gays, lésbicas, bissexuais ou transgénero. Como não seria possível entrevistar todos os elementos de uma população, torna-se imperativo selecionar uma amostra representativa das características da população. Pelo facto de este ser um estudo qualitativo, o número de entrevistas é menos relevante pela não imposição de quotas mínimas representativas da população, até porque mesmo a população é por sua vez também difícil de quantificar. Também da mesma forma, não poderemos generalizar os resultados obtidos relativamente à totalidade da população, dando maior valor aos constructo e riqueza de cada entrevistado (Creswell e Poth,2018)

## **2.5 Amostragem**

Dado o carácter qualitativo do estudo foi usada uma amostragem não probabilística intencional (Creswell e Poth, 2018), com uma amostra resultante de uma listagem de critérios de inclusão previamente definidos em função dos objetivos do estudo. Ou seja, pretendeu-se selecionar utentes que pudessem contribuir para o propósito central da investigação.

Selecionaram-se indivíduos que fossem lésbicas, gays, bissexuais ou transexuais que tivessem mais de 18 anos e que tivessem interagido enquanto utentes com uma enfermeira ou enfermeiro nos últimos 12 meses, numa instituição pública dos cuidados de saúde primários, e que por sua livre vontade se disponibilizassem para descrever as interações

havidas nesse contexto. Em baixo apresentam-se os critérios específicos que presidiu à seleção dos participantes:

- Pertencer ao grupo de população lésbica, gay ou bissexual, ou transsexual
- Ter mais do que 18 anos.
- Ter tido um contacto com um enfermeiro em contexto profissional de CSP enquanto utente, nos últimos 12 meses.
- Apresentar o consentimento para a participação do estudo

Com base nos critérios definidos, foram seleccionados os participantes que foi possível contactar, dadas as limitações do contexto pandémico. A amostra por conveniência (Hancock et al.,2009) é comumente utilizada pelo baixo custo associado, e pelo facto de ser fácil de aceder.

Os participantes não foram seleccionados ao mesmo tempo. À medida que as entrevistas iam decorrendo, a investigadora adicionou participantes, num processo que deveria ter conduzido à situação de saturação amostral, ou seja, ao momento em que novos participantes deixaram de contribuir significativamente com informação nova para o estudo (Creswell e Poth, 2018; Fontanella, 2008).

No entanto, a limitação temporal para a realização do estudo e o pequeno número de participantes disponíveis não permitiu o cumprimento da saturação amostral.

Em estudos qualitativos, não se pretende uma representatividade numérica da população diretamente analisada, mas uma representatividade na qualidade das informações obtidas, possibilitando traçar um retrato que, não sendo idêntico ao todo, pode contribuir para a compreensão do mesmo, sem substituir, naturalmente, estudos estatísticos.

## 2.6 Participantes

O estudo incluiu 13 participantes, sendo que nove participantes são gays, e quatro são lésbicas. Nenhum participante se identificou como tendo outra identidade de género ou orientação sexual. Quanto ao estado civil, dez participantes são solteiros, um casado e dois em união de facto. Quanto à escolaridade, seis participantes apresentam a frequência do ensino secundário e os restantes sete apresentam escolaridade ao nível do ensino superior. A tabela 3 apresenta os dados sociodemográficos recolhidos dos 13

participantes, em que cada entrevista é designada com a letra E associado ao seu número respetivo, bem como foram codificadas como G- gay ou L- lésbica.

Tabela 3. Caracterização dos participantes do estudo

<b>Entrevista</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Habilitações literárias</b>	<b>Orientação sexual</b>	<b>Unidade de Saúde em CSP</b>
<b>E1-G</b>	28	M	solteiro	secundário	Gay	UCSP Laranjeiro
<b>E2-G</b>	48	M	solteiro	licenciatura	Gay	USF Quinta das Conchas
<b>E3-L</b>	32	F	União facto	licenciatura	Lésbica	Centro de atendimento COVID
<b>E4-G</b>	39	M	solteiro	11º ano	Gay	USF Cuidar Saúde
<b>E5-G</b>	47	M	União facto	secundário	Gay	Consulta Externa Infeciologia
<b>E6-G</b>	61	M	solteiro	secundário	Gay	Centro de atendimento COVID
<b>E7-L</b>	37	F	solteira	licenciatura	Lésbica	USF Mónicas
<b>E8-L</b>	24	F	solteira	secundário	Lésbica	UCSP Rainha Dona Leonor
<b>E9-G</b>	26	M	solteiro	licenciatura	Gay	Centro de atendimento COVID
<b>E10-G</b>	28	M	solteiro	mestrado	Gay	Centro de atendimento COVID
<b>E11-G</b>	42	M	solteiro	licenciatura	Gay	SAP (Serviço de atendimento permanente)
<b>E12-G</b>	46	M	solteiro	secundário	Gay	Centro de atendimento COVID
<b>E13-L</b>	31	F	Casada	mestrado	Lésbica	USF Quinta da Lomba

## 2.7 Procedimentos de recolha de dados

A partir da página da ILGA Portugal e após consentimento da direção da mesma instituição foi divulgado o estudo pelos e-mails de contactos da instituição com o e-mail da investigadora, e os participantes enviaram para esse e-mail a sua disponibilidade para participar no estudo, e foi assim também por essa via que foram esclarecidas todas as dúvidas que os participantes tivessem.

Esta parceria com a ILGA revelou-se de extrema importância pela sua visibilidade e capacidade de difusão do estudo, aumentando deste modo a abrangência à população potencialmente participante no estudo.

Foi colhido consentimento informado para participação no estudo e gravação da entrevista (Anexo 1) e foi dado a escolher ao participante se a entrevista seria online ou presencial. Apenas 2 preferiram presencial. As entrevistas tiveram a duração aproximada de 40 minutos, foram retiradas algumas notas de campo, nomeadamente expressões faciais ou momentos de silêncio por parte dos participantes, mas não foram em número suficiente para valorização das mesmas.

. Apenas cinco participantes desistiram, e não foi necessário repetir nenhuma entrevista. As mesmas foram transcritas verbatim e enviadas aos participantes, ainda que apenas setes responderam ao e-mail da investigadora.

As entrevistas foram realizadas presencialmente ou via zoom, pelo facto de o país se encontrar em confinamento por causa da pandemia por COVID 19. As entrevistas foram recolhidas entre o mês de Fevereiro de 2021 e Julho de 2021.

## 2.8 A Recolha de dados

A seleção das técnicas de recolha de dados é da maior importância. Em pesquisa qualitativa, a observação e a entrevista são as técnicas mais comumente usadas. Neste estudo, a principal técnica de recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada.

A entrevista é uma técnica de recolha de dados privilegiada em estudos de cariz qualitativo, nomeadamente em estudos exploratórios. Esta permite ao entrevistado dar a sua perspetiva sobre determinado fenómeno, sem os constrangimentos dos questionários fechados. Sendo o objetivo de um estudo exploratório o aprofundamento do conhecimento

em termos dos significados que as pessoas atribuem às suas experiências, a entrevista semiestruturada é um instrumento propício a obter informação rica e por vezes indo mesmo além das expectativas dos entrevistadores (Bardin, 1994).

A entrevista utiliza um guião, com perguntas ou notas que servem o investigador, mas também o investigado (Anexo 2)). Permite criar um espaço aberto em que mais facilmente o participante aborda de forma mais ou menos livre os conteúdos da entrevista, podendo revelar emoções, sentimentos ou mesmo divagar sobre o assunto sob investigação. Creswell e Poth definem a entrevista como lugar de produção de conhecimento através da interação entre entrevistador e entrevistado. Usada em investigação qualitativa, a entrevista é descrita como "(...) *uma tentativa de compreendero mundo a partir do ponto de vista dos entrevistados, desvelando os significados que os mesmos atribuem às suas experiências de vida*" (Brinkmann & Kvale, 2015, citado por Creswell e Poth, 2018: 230).

Neste estudo, a entrevista é composta por vinte e duas questões, formuladas com o intuito de encontrar respostas para as questões de investigação. A tabela seguinte mostra a correspondência entre as perguntas da entrevista e as questões de investigação.

Tabela 4. Correspondência entre questões de investigação e guião da entrevista

<b>Questões de investigação</b>	<b>Perguntas da entrevista</b>	<b>Excertos exemplificativos de respostas das entrevistas</b>
<b>1. Quais as necessidades dos utentes da comunidade LGBT que recorrem aos cuidados de saúde primários?</b>	1	"(...) <i>Precisava de uma consulta médica pois pretendia ser vacinado para a hepatite B e precisava de receita médica.</i> " (E1-G)
	3	"(...) <i>no dia da consulta levei o meu namorado porque podia ser que o médico passasse receitas para os dois (...)</i> " (E1-G)
	5	"(...) <i>quando vêem um homem entrar não questionam se essa pessoa é importante para nós (...)</i> ". E1-G)
	6	"(...) <i>Nunca falam disso, perguntam o nome e depois associam o sexo (...)</i> ". (E2-G)
<b>2. Até que ponto é que existe, entre os utentes da comunidade LGBT que recorrem a cuidados de saúde primários, a perceção de atitudes e/ou comportamentos homofóbicos no decorrer da prestação de</b>	9	"(...) <i>cabelo curto e roupa diferente. Os homens evitam-me e as mulheres olham.</i> " (E7-L)
	<b>Perguntas da entrevista</b>	<b>Excertos exemplificativos de respostas das entrevistas</b>

<b>cuidados de saúde primários pelos enfermeiros?</b>	14	“(…) já vi fazerem isso para evitar falar nisso... e que os deixa desconfortáveis (...)” (E13-L)
	16	“(…) acho que temos uns anos em atraso (...)” (E10-G)
	21	“(…) acho que a saúde podia ser melhor para todos (...)” (E11-G)
	22	“(…) importante começarem desde cedo, desde a adolescência, o apoio aos jovens (...)” (E1-G)
<b>3. Que eventuais atitudes e/ou comportamentos são percecionados como discriminatórios, no decorrer da prestação de cuidados de saúde primários pelos enfermeiros?</b>	2	“(…)sem grandes cuidados, mas deram a informação toda (...)” (E1-G)
	11	“(…)não identifico nada de incorreto no atendimento de enfermagem (...)” (E5-G)
	18	“(…) mas sempre de forma hetero, o resto só é abordado se calhar (...)” (E2-G)
	19	“(…) das piadas parvas dos colegas. Ou de comentários que nem se apercebem que se aplicam a mim (...)” (E10-G)
<b>4. Quais as estratégias de adaptação desenvolvidas pelos utentes da comunidade LGBT resultantes de atitudes e/ou comportamentos homofóbicos por parte dos enfermeiros?</b>	4	“(…) um pouco sem jeito porque ele ignorou a outra pessoa (...)” (E1-G)
	7	“(…) acho que sempre estive à vontade...se fosse relevante esse facto acho que tinha feito as suas perguntas (...)” (E10-G)
	8	“(…) na verdade nunca me questionaram (...)” (E7-L)
	10	“(…) antigamente escondi sempre o máximo e de todos (...)” (E6-G)
	12	“(…) ou são pessoas que gosto ou não quero saber o que pensam (...)” (E4-G)
	13	“(…) Sei que ainda incomoda muita gente, mas como já disse também temos direitos (...)” (E2-G)
	15	“(…) acho que muitas vezes nos escondemos e isso leva a ter depressões.” (E1-G)
	17	“(…) não deixamos de ser humanos... por isso reivindico os meus direitos.” (E2-G)
	20	“(…) profundamente envergonhada pela quebra de código deontológico... e indignada com a falta de profissionalismo (...)” (E13-L)

## 2.9 Tratamento e análise de dados

Os dados foram analisados com base nos procedimentos da técnica de análise de conteúdo temática, que permite ao investigador, através da análise e interpretação das informações recolhidas, identificar padrões de significado, que o guiam até à construção de temas que conduzam a responder às perguntas de investigação.

Ricoeur (1996) aponta dois sentidos complementares do significado de interpretação, a interpretação *empática*, que procura compreender o significado do texto a partir de dentro, ou seja, no caso deste estudo, ouvindo as vozes dos participantes, aceitando-as como *face value*, e a interpretação *suspeitosa*, que procura descobrir os significados escondidos nos conteúdos manifestos. À relação dinâmica entre estes dois movimentos interpretativos é chamado o círculo hermenêutico (Willig et al., 2017) que deve estar presente em toda a pesquisa qualitativa, embora cada estudo possa pender mais para um extremo ou outro do contínuo entre interpretações empáticas e suspeitosas.

No caso da análise temática, seguida neste estudo de caso, as questões de investigação determinaram que o pêndulo estivesse mais próximo de uma perspectiva empática de interpretação, pelo facto de o estudo, na sua essência, captar as vozes de um grupo minoritário na sociedade portuguesa e ter como objetivo precisamente revelar essas vozes que são geralmente mantidas fora da esfera pública e silenciadas.

As entrevistas foram agendadas entre o investigador e participantes a partir de contacto telefónico disponibilizado pelos últimos, e após ter sido colhido o consentimento informado, e os mesmos selecionaram se pretendiam participar de forma presencial ou online. Cada uma das entrevistas foi gravada, utilizando um guião para a realização da mesma. As mesmas tiveram uma duração média de 30 a 40 minutos. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas verbatim para um documento em formato word.

Foram criadas cinco categorias à priori, posteriormente as entrevistas foram lidas várias vezes de forma detalhada e esse processo levou à criação de subcategorias, criadas desta vez de forma indutiva.

A categorização foi elaborada através do software de investigação qualitativa N Vivo 11.

A tabela 5 mostra a versão final da análise do padrão dos dados recolhidos

A análise dos dados foi feita através de um tipo específico de análise temática, a análise padrão (Brooks et al, 2015), a qual foi considerada a melhor técnica para este estudo pelas seguintes razões:

- A flexibilidade permite ao investigador adaptar -se às necessidades do estudo;
- Tem início com criação de temas à priori;
- Prioriza a análise transversal dos casos em vez de análise caso a caso

Os temas foram também definidos posteriormente, à luz dos objetivos do estudo e com base nas questões centrais presentes na literatura encontrada na área em estudo. Optou-se por iniciar a análise com a construção de um modelo, o que ajudou o investigador a manter-se focado nos objetivos do estudo. Quanto aos dados que emergiram da leitura das entrevistas que não tinham sido contemplados no modelo primariamente construído, foram criadas subcategorias que tornaram mais substantivo e coeso o estudo.

### **2.10 Limitações do estudo**

A pandemia que teve início em 2020 de forma tão abrupta e catastrófica alterou o dia a dia do planeta levou a que os olhos ficassem colados aos ecrãs de televisão e a mente centrada no trabalho hercúleo que foi exigido à classe profissional dos enfermeiros. Para os enfermeiros o trabalho, mais do que em outro momento da vida profissional, cresceu exponencialmente e passou horários de trabalho de sete horas para dez, por vezes doze, tendo obrigado a esquecer muitas vezes que era fim de semana, feriado, hora de jantar ou tempo para despender com a família. Os corações foram pesando com a ineficácia dos esforços, e a verdade é que este acumular de funções prejudicou a investigação. Levou a demoras na realização dos trâmites burocráticos relativos à investigação, pois as respostas necessárias por parte das entidades competentes tardaram; a facilidade de fazer pessoalmente entrevistas sem receio de contágios, a disponibilidade dos participantes tendo em conta a crise económica, e até a disponibilidade da investigadora fraquejou bastantes vezes. Uma das limitações do estudo prende-se com a pouca variabilidade do estudo, porque apenas gays e lésbicas responderam às entrevistas, não podendo a

investigadora analisar conteúdos de bissexuais e transexuais.

O guião da entrevista deveria ser mais abrangente, tendo ficado por recolher dados demográficos e sociais dos participantes que teriam enriquecido o estudo de modo significativo. Por exemplo, não sabemos a origem social e geográfica dos 13 participantes. Por exemplo, serão oriundos de meios rurais ou urbanos? Professam alguma religião? É possível que a convivência social com profissionais de saúde produzisse discursos diferentes acerca do comportamento dos profissionais.

Tendo terminado a recolha da informação deste estudo, sinto que poderia ter feito mais e melhor, mas a humildade que me permite reconhecer e lamentar as limitações, dá-me força para desejar percorrer novos caminhos

## Capítulo 3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados da análise temática elaborada a partir das entrevistas semiestruturadas aos 13 participantes do estudo. Foram identificados três temas nucleares.

- Proteção legal versus discriminação social da comunidade LGBT
- A invisibilidade do utente LGBT por parte dos profissionais de saúde
- Limitações e problemas nos cuidados de saúde prestados a utentes LGBT

Estes temas dão por sua vez origem a cinco categorias, todas elas analisadas à luz do descrito pelos entrevistados.

- Construção das identidades de género LGBT e sua orientação sexual (1º Tema)
- Perceção da discriminação social (1º Tema)
- Estratégias adaptativas (1º Tema)
- Perceção acerca dos profissionais de saúde (2º Tema)
- Qualidade e abrangência dos cuidados de saúde (3º Tema)

Serão analisadas cada uma das categorias e respetivas subcategorias, num total de quinze. A tabela 5 sintetiza os resultados do estudo, incluindo uma breve descrição de cada uma das categorias, bem como as subcategorias associadas a cada categoria, e a frequência qualitativa (ver nota no final da tabela 5) com que cada subcategoria surgiu nas entrevistas dos participantes.

A categoria *Perceção da discriminação social*, e dentro desta a subcategoria, *atitudes discriminatórias*, que podem ser simplesmente a anulação da identidade sexual, a não anamnese adequada, a falta de privacidade ou a falta de conhecimento sobre o tema LGBT, revelaram maior força explicativa na medida em que quase todos os participantes (11) tiveram a perceção de experiências de discriminação, que referiram em 28 momentos no decorrer das entrevistas.

A quinta coluna da tabela mostra o número total de referências extraídas das entrevistas

através do processo de codificação realizado através do software NVivo11 de análise qualitativa.

Segundo o pressuposto utilizado, quanto maior for o número de vezes que um participante refere um tópico particular, maior é a importância deste tópico para o entrevistado.

Tabela 5. Síntese dos resultados do estudo segundo tema

Categories	Descrição NºRef.	Subcategorias	Frequência	
<b>Proteção legal versus discriminação social da comunidade LGBT</b>				
<b>Construção das identidades de género LGBT e sua orientação sexual</b>	Identidade revelada publicamente	Identidade assumida	Maioritário (7 pessoas)	10
	Contributo do enquadramento legal para a assunção da identidade de género	O papel do enquadramento legal na construção da identidade de género e orientação sexual	Maioritário (8 pessoas)	20
	Identidade revelada em círculo circunscrito de amigos e/ou familiares	Identidade partilhada com um pequeno círculo	Variável (3 pessoas)	4
	Identidade mantida em segredo mesmo na família	Identidade não revelada	Variável (5 pessoas)	10
<b>Perceção da discriminação social</b>	Atitudes discriminatórias dos profissionais de saúde	Atitudes discriminatórias	Geral (11 pessoas)	28
	Comportamentos verbais discriminatórios dos profissionais de saúde	Linguagem discriminatória	Maioritário (7 pessoas)	9
<b>Estratégias adaptativas</b>	Comportamentos de resiliência e resistência à discriminação	Resiliência e resistência	Variável (3 pessoas)	4
	Não-resposta à discriminação	Auto-silenciamento	Variável (4 pessoas)	6
<b>A invisibilidade do utente LGBT por parte dos profissionais de saúde</b>				
<b>Perceção da discriminação social</b>	Abordagem competente com tratamento individualizado do utente	Competência e empatia	Variável (3 pessoas)	5

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência</b>	<b>NºRef.</b>
	Abordagem estritamente profissional	Competência sem empatia	Variável (5 pessoas)	11
	Abordagem impessoal sem atender às necessidades especiais do utente	Discriminação passiva	Maioritário (10 pessoas)	21
	Abordagem sem empatia e cuidado	Atitudes discriminatórias	Variável (3 pessoas)	10

**Limitações e problemas nos cuidados de saúde do utente LGBT**

<b>Qualidade e abrangência dos cuidados de saúde</b>	Cuidados de saúde são prestados de acordo com a legalidade	De acordo com enquadramento legal	Variável (3 pessoas)	3
	Falta de privacidade necessária para exposição de identidade de género/orientação sexual	Sem privacidade	Maioritário (7 pessoas)	10
	Qualidade de cuidados prestados para necessidades específicas LGBT	Qualidade limitada	Maioritário (7 pessoas)	11

\*Nota. Geral: Referido por 11-13 entrevistados; Maioritário: Referido por 7-10 entrevistados; Variável: Referido por 3-6 entrevistados

### 3.1 Proteção legal versus discriminação social da comunidade LGBT

Em relação à relevância da legislação para proteção dos direitos da população LGBT, a grande maioria dos participantes considera importante a criação de leis que defendam os seus direitos, porque são uma base legislativa que pode ser utilizada em situações em que os serviços de saúde não correspondam às necessidades dos indivíduos pertencentes à comunidade LGBT.

A legislação que define a reforma dos cuidados de saúde primários enfatiza a necessidade de igualdade de tratamento para todos os indivíduos, de acordo com as necessidades de saúde específicas de cada um, e a família ou grupo deve também ser cuidado de forma a manter o bem-estar biopsicossocial de toda a população (Gaba, et al, 2009; Biscaia et al, 2017).

Os participantes no estudo reconhecem que o enquadramento legal em Portugal tem vindo a ser melhorado no sentido de proteger os direitos da comunidade LGBT, sendo bastante valorizado e emergido como um tópico recorrente ao longo das entrevistas. Estes indivíduos parecem estar conscientes dos seus direitos e de que existem barreiras que não podem ser ultrapassadas, nomeadamente na qualidade do atendimento a que têm direito.

No entanto, adiantam também que a existência de um enquadramento legal não é suficiente para fazer com que as atitudes e comportamentos discriminatórios sejam erradicados, e verificam alguma lentidão na alteração efetiva nos comportamentos dos profissionais.

Os resultados deste estudo estão em linha com anteriores estudos, segundo os quais mesmo nos países desenvolvidos e com mais legislação e investimento na proteção de LGBT, ainda permanece um discurso homofóbico, a não valorização das necessidades específicas LGBT, a sistémica fuga ao tema e uma heteronormatividade que regula o comportamento do profissional de saúde (Çakir et al., 2020; Çakir et al., 2018; Council of Europe, 2010; Sahin et al., 2016).

Neste estudo, os participantes descrevem os enfermeiros muitas vezes como competentes, mas sem empatia, indiferentes à sexualidade dos utentes de quem cuidam e como tal a qualidade dos cuidados é limitada comparando com as reais necessidades de saúde dos utentes, como é possível constatar nas seguintes citações:

*“(...) perguntam somente o que têm de saber... quando vou ao hospital e tenho de contar alguns aspetos para me ajudarem pergunta-se o essencial, nada mais”. (E2-G)*

*“(...) são cordiais e como já disse, se não der sinais da minha orientação sexual, se por exemplo não for acompanhada sou tratada como mulher heterossexual e pronto”. (E3-L)*

Para que haja mudanças sociais profundas na sociedade não basta criar um quadro legislativo favorável; há que ativar outras possibilidades, nomeadamente atividades nos meios de comunicação social, nas escolas, nos programas de enfermagem, de medicina, de serviço social, bem como nas instituições culturais e recreativas, reforçar a educação para o respeito pelas diferenças.

No entanto, são também descritos pontos positivos tendo como ponto de partida um recente melhoramento da legislação para a população LGBT.

Os resultados deste estudo sugerem também que, na base de atitudes positivas em relação à decisão de revelar publicamente a orientação sexual, estará o enquadramento legal português enquanto fator protetor das liberdades individuais nesta população.

O papel positivo da legislação nesta mudança de mentalidades reflete-se nas palavras de alguns participantes, que encaram a legislação como uma barreira de proteção contra os comportamentos homofóbicos: "(...) hoje as coisas são questionadas segundo protocolos e estes têm de ser seguidos independentemente da vontade de cada um". (E8-L). Por sua vez esta sensação de proteção leva a que os participantes se sintam mais livres e protegidos no seu dia a dia, assumindo a sua orientação sexual: "(...) Não, não escondo." (E7-L)

#### 3.1.1 Construção das identidades de género LGBT e orientação sexual

No que concerne à categoria *Construção das identidades de género LGBT e orientação sexual*, emergiram aspetos relacionados com o grau de conforto dos membros da comunidade LGBT relativamente à assunção da sua identidade de género.

Seria de esperar que numa sociedade em que a legislação é garante do direito à expressão individual da orientação sexual, os membros da comunidade LGBT se sentissem confortáveis em assumir, como parte da afirmação da sua identidade, na esfera pública, a sua orientação sexual, em contextos sociais em geral e nas visitas a instituições de cuidados de saúde primários em particular.

Contudo, apenas 7 dos participantes no nosso estudo assumem publicamente sem reservas a sua identidade de género e orientação sexual. São, entre outros, os casos de E6-G e E7-L, como se pode ver na tabela 6, que retrata a **identidade assumida**. Na mesma encontram-se excertos dos participantes que falam abertamente da sua orientação sexual, aparentemente indiferentes às reações que possam causar nos outros.

Estes participantes sentem-se protegidos pelos profissionais de saúde, o que poderá talvez contribuir para a atitude de abertura de ambos. O papel dos familiares, amigos e profissionais de saúde contribui para que os indivíduos LGBT sintam que podem assumir a sua própria identidade, sem receio de discriminação ou ostracismo.

Tabela 6. Síntese de citações exemplificativas da categoria Construção da identidade de género LGBT e sua orientação sexual

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
O papel do enquadramento legal na construção da identidade de género e orientação sexual	<p><i>"(...) hoje as coisas são questionadas segundo protocolos e estes têm de ser seguidos independentemente da vontade de cada um." (E8-L)</i></p> <p><i>"Acho difícil hoje em dia isso acontecer seja gay ou não, veja por exemplo um hospital privado em que alguém faça uma queixa por um comentário de um profissional, acho que era despedido no mínimo, hoje há mais cuidado." (E6-G)</i></p>
Identidade assumida	<p><i>"Não, não escondo." (E7-L)</i></p> <p><i>"A XX (enfermeira) é sempre ótima para mim. E o meu médico também. São muito profissionais, muito compreensivos e eu fazia todas as vigilâncias." (E6-G)</i></p>
Identidade partilhada com um pequeno círculo	<p><i>"Sim, sempre que acho que não seja importante para a causa que me levou ao médico. Acho que saberem sobre a minha vida pessoal é demasiado, a não ser que seja mesmo importante." (E1-G)</i></p> <p><i>"(...) quer gostem ou não tem que nos aceitar e tem deveres também, a minha informação só é dada a quem eu decidir e isso ajuda bastante (...)" (E2-G)</i></p>
Identidade não revelada	<p><i>"Acho que muitas vezes nos escondemos e isso leva a ter depressões e, muitas vezes as famílias têm vergonha e nós temos vergonha também. Muita gente nunca deixa de se esconder." (E3-L)</i></p> <p><i>"Sim, sempre que acho que não seja importante para a causa que me levou ao médico. Acho que saberem sobre a minha vida pessoal é demasiado, a não ser que seja mesmo importante." (E12-G)</i></p>

Um segundo grupo de participantes (com excertos exemplificativos do discurso na Tabela 6) a subcategoria **Identidade partilhada com um pequeno círculo** evidencia uma

atitude mais cautelosa, afirmando que apenas partilha com um pequeno círculo de familiares e amigos o facto de não ser heterossexual.

Este grupo de participantes prefere manter longe da esfera pública a sua orientação sexual, por receio de enfrentar discriminação e homofobia. Um exemplo desta atitude transparece nas palavras de E1-G que refere que saberem sobre a sua vida pessoal é demasiado. No entanto, um heterossexual nem teria de pensar sobre a afirmação ou não da sua orientação sexual, pois está normatificada. Este sistemático ato de proteger a vida privada só acontece pelo receio de atitudes discriminatórias.

Por fim, na subcategoria **Identidade Não Revelada**, estão incluídos os cinco participantes entre os quais a E3-L e E12-G (com exemplificação do excerto do discurso na Tabela 6), que revelaram que não pretendem que a sua orientação sexual seja exposta publicamente. As razões que apresentam são o facto de verificarem “(...) *algum ar de gozo quando vêm por exemplo uma manifestação de afeto entre duas mulheres(...)*” (E3-L) ou simplesmente porque sempre que não é estritamente necessário, opta por não o fazer, no caso de E12-G.

Os resultados da análise revelam que, apesar de o enquadramento legal ser favorável à expressão da liberdade individual no que diz respeito à orientação sexual, existem outros fatores, tais como a idade dos profissionais de saúde, a pouca formação e falta de conhecimento dos mesmos no âmbito da temática LGBT, que impedem que todos os indivíduos da comunidade LGBT sintam que não existe homofobia e que podem, conseqüentemente, adotar estilos de vida semelhantes aos da população heterossexual.

#### 3.1.2 Perceção da Discriminação Social

No que concerne à categoria da Perceção da Discriminação Social, pretende-se compreender se o participante presencia, quando acede a cuidados de saúde, atitudes ou linguagem homofóbica.

Como se encontram descrito na Tabela 5, onze participantes fazem referência vinte e oito vezes a atitudes homofóbicas. Encontram-se excertos das mesmas na Tabela 7.

Ainda com base na análise da Tabela 5, podemos verificar vinte e oito referências a atitudes discriminatórias por parte de profissionais de saúde. No caso da linguagem, são geralmente comentários que revelam generalizações grosseiras sobre a população LGBT, originadas, segundo os participantes, pelo preconceito e desconhecimento. Os juízos de valor e a humilhação são ainda praticados em alguns momentos nas instituições de Cuidados de saúde Primários.

Um exemplo de linguagem discriminatória é o caso relatado por E2-G, ao descrever o comentário do médico ao referir as mulheres lésbicas de modo desdenhoso, achincalhante e grosseiramente redutor. Também alguns participantes disseram ter experienciado na sua pessoa ou indiretamente linguagem discriminatória, sendo que no total das entrevistas foram feitas nove referências a este tópico (Tabela 5).

As atitudes discriminatórias tais como anulação das necessidades da população LGBT ou o estereótipo de que todos são promíscuos ou portadores de IST podem ser menos visíveis nos dias de hoje, mas vitimizam a comunidade LGBT e ocorrem, de acordo com os participantes, em maior número. Como mostra a tabela 5, onze participantes relataram terem sido vítimas ou terem observado pessoas LGBT a serem vítimas de atitudes homofóbicas, sendo que no total das entrevistas foram codificadas vinte e oito referências sobre este tópico, um número elevado, que evidencia a magnitude da situação. Este foi o tópico que recolheu maior número de referências no processo de codificação.

Nos exemplos de citações de participantes destacados na tabela 7, E2-G descreve como o médico, pelo facto de perceber que o paciente não é heterossexual, indevidamente assumir que tem comportamentos sexuais de risco. Estas atitudes baseadas em estereótipos redutores e contrárias ao que deveria ser o atendimento nos serviços de saúde primários por profissionais, podem, além de afetar a autoestima do paciente, ter consequências nefastas para a sua saúde física ao induzir em erro as avaliações médicas.

Tabela 7. Síntese de citações exemplificativas da categoria Percepção da Discriminação Social

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
Atitudes discriminatórias	<i>“As pessoas fazem de conta que não vêem nada, que não dão conta do óbvio (...) E o médico sem dizer nada depois passou-</i>
	<i>me os marcadores de infeções todas, as sexualmente transmissíveis (...). “(E1-G)</i>
	<i>“Quando sou visto pelo médico entro logo para a zona vermelha (...) zona gay. Logo tenho comportamentos de risco, ando com vários parceiros e porto-me mal (...)” (E2-G)</i>
Linguagem discriminatória	<i>“Há uns anos um médico fez uma observação que achou que eu não tinha ouvido, acerca da frieza das mulheres lésbicas, mas era uma senhora já com idade, não valorizei.” (E2-G)</i>
	<i>“(…) quando o de branco voltou costas e entrou na urgência, tenho quase a certeza que lhe disse assim entre dentes tipo 'maricas de merda ou algo (...)' (E12-G)</i>

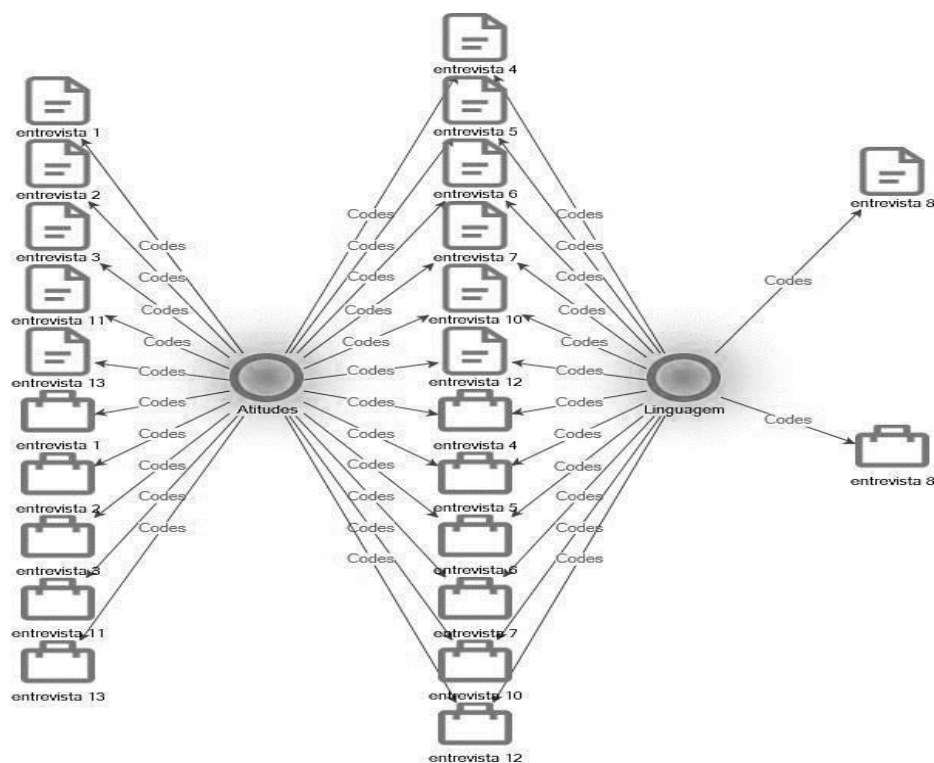
A associação entre a homossexualidade, a promiscuidade sexual e a marginalidade social é um preconceito que vem do passado em que as leis e os costumes, de facto, empurravam este grupo da população para a clandestinidade, ostracizando e penalizando os seus elementos (Bortoletto, 2016, Daley et al, 2011, Çakir et al, 2020).

No tempo presente, num contexto em que a lei protege os cidadãos e lhes confere liberdade de escolher a orientação sexual, parece extemporâneo agir como se a comunidade LGBT ainda continuasse forçada a práticas de vida marginais e a uma sexualidade promíscua.

Por fim, a figura 7 permite visualizar de forma mais sistemática como o tópico da homofobia, quer através da linguagem, quer através das atitudes, surgiu recorrentemente durante as entrevistas com os participantes, verificando-se que o mesmo participante faz referência às mesmas mais do que uma vez.

O mesmo participante pode referir-se a atitudes e linguagem discriminatória mais do que uma vez no decorrer da entrevista, o que nos leva a analisar a elevada importância que as mesmas possam ter para com o indivíduo LGBT.

Figura 7. Atitudes discriminatórias



Fonte: elaborado pelo autor na análise de conteúdo

### 3.1.3 Estratégias adaptativas

No que concerne à categoria das **Estratégias Adaptativas**, são apresentados os comportamentos adaptativos desenvolvidos pelos indivíduos da comunidade LGBT para fazerem face à discriminação e marginalização de que se sentem vítimas. Emergiram duas subcategorias:

**i) Atitude de resiliência e resistência** - três participantes revelaram a adoção deste tipo de atitude, relatando não se incomodar com os ataques verbais ou as atitudes discriminatórias de desconhecidos em sítios públicos, em contexto de atendimento em centros de saúde. É possível que E4-G, E2-G e E6-G sejam mais afetados pelos atos discriminatórios do que assumiram no seu discurso durante as entrevistas, mas as suas

afirmações revelam que tentam desvalorizar as interações negativas com desconhecidos, focando-se em viver "*(...) com quem gosta de nós (...)*", como diz E2-G.

Um participante mais otimista, E6-G, procura ver a dimensão positiva dessas interações, minimizando o mal-estar que lhe possam inculcar e salientando que também os outros não estão muito seguros na sua posição de agressores, às vezes até lhe sorriem. O mesmo participante da entrevista E6-G revela uma atitude humanista, trocando o papel de vítima pelo de resistente.

**ii) Auto-silenciamento** - quatro participantes assumem esta atitude mais tradicional e passiva que se manifesta quando declaram que em situações sociais potencialmente hostis, optam por reprimir a vontade de fazer ou dizer algo e preferem permanecer em silêncio. Não estão preparados para enfrentar o escárnio e a humilhação que pode sobrevir se revelarem a sua identidade, e a estratégia adaptativa que desenvolvem é a do silêncio. António refere que, quando se encontrava numa loja para comprar uma prenda ao namorado, acabou por desistir face à presença inquisidora dos outros clientes.

Tabela 8. Síntese de citações exemplificativas da categoria Estratégias adaptativas

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
Resiliência e resistência	<p data-bbox="639 1211 1394 1346"><i>"(...) hoje em dia é quase moda em alguns casos, mas tenta-se não valorizar como se fosse um erro que acabasse por desaparecer (...)" (E4-G)</i></p> <p data-bbox="639 1397 1394 1480"><i>"E ao início nós escondemos, depois acabamos por não querer saber e vivemos com quem gosta de nós." (E2-G)</i></p> <p data-bbox="639 1532 1394 1610"><i>"Há sempre quem tenha ar de incómodo, mas também já sorriram muito para mim, portanto é um pouco dos dois." (E6)</i></p>
Auto-silenciamento	<i>"Senti me pouco à vontade e acabei por não pedir nada para o meu namorado (...)" (E1-G)</i>

### 3.2 A invisibilidade do utente LGBT por parte dos profissionais de saúde

Pelo discurso dos participantes, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde não estão sensibilizados nem se sentem à vontade para abordar os utentes sobre a sua sexualidade, como se fosse um tabu ou um assunto que não lhes diz respeito.

Na perspetiva dos participantes, verifica-se de forma generalizada que os enfermeiros apresentam atitudes discriminatórias, que passam por ignorar a sexualidade do indivíduo:

*“Até hoje nunca me perguntaram a minha orientação (...)”* (E12-G)

*“(...)focam-se no problema de saúde que nos leva lá e chega”* (E8-L)

Esta situação conduz à não valorização da sexualidade, negando cuidados de saúde associados à orientação sexual.

Os resultados deste estudo vão uma vez mais ao encontro de anteriores estudos, que retratam que mesmo nos países desenvolvidos e com mais legislação e investimento na proteção de LGBT, ainda um discurso homofóbico, a não valorização das necessidades específicas LGBT, a sistémica fuga ao tema e uma heteronormatividade que regula o comportamento do profissional (Çakir et al., 2020; Çakir et al., 2018; Council of Europe, 2010; Sahin et al., 2016).

Podemos também verificar que o indivíduo poderá apenas referir a sua orientação sexual ao profissional de saúde quando apresenta maior empatia e prévio conhecimento do profissional, ou seja, em círculos mais fechados dentro da rede de prestação de cuidados, o que muitas vezes não é possível pelos escassos recursos do SNS.

#### 3.2.1 Perceção acerca dos profissionais de saúde

Na categoria *Perceção acerca dos Profissionais de Saúde* analisou-se os modos como os utentes LGBT percecionam a natureza das interações estabelecidas entre os profissionais de saúde de enfermagem e eles próprios quando são atendidos em cuidados de saúde primários. Os participantes manifestaram perceções variadas sobre a competência

profissional dos enfermeiros, indo do atendimento competente e empatia para com o utente, facilitadores do processo de cuidar, à competência sem empatia, e a comportamentos que colocam em risco o bom andamento dos cuidados de saúde durante o atendimento, nomeadamente a discriminação passiva como a desvalorização da sua orientação sexual e as atitudes discriminatórias como os estereótipos associados à orientação sexual.

A primeira subcategoria, *Competência e empatia* (ver tabela 9) refere-se às situações em que o utente LGBT é atendido com manifesta competência profissional, e em que o enfermeiro ou enfermeira que o atende confere tratamento individualizado ao utente, sem revelar nenhuma espécie de preconceito relativamente à escolha da orientação sexual ou aparência física do utente.

A relação entre o utente e o prestador de cuidados é ainda pautada por empatia pessoal. Apenas três participantes referiram terem sido tratados desta forma, os quais referiram ter vivido situações que revelam confiança com os enfermeiros. Este resultado faz com que, comparativamente às subcategorias restantes, a subcategoria que engloba as características de competência e empatia seja a mais reduzida.

Tabela 9. Síntese de citações exemplificativas da categoria Perceção acerca dos profissionais de saúde

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
Competência e empatia	<p><i>“A consulta foi adequada, dedicada à saúde da mulher, sem necessidade de discussão de contraceção e foram feitos todos os preparativos para a colpocitologia com tranquilidade”. (E13-L)</i></p> <p><i>“Foi muito clara, normal e sem tabus, é o que é! Disse tudo o que é importante e sou tratado da forma como me identifico.” (E5-G)</i></p>
Abordagem estritamente profissional	<p><i>“O enfermeiro é como o médico, só que não tenta saber tanta informação, depois de se preocupar como deve ser tratado age com a melhor naturalidade possível, acho que faz parte daquilo para que são treinados.” (E2-G)</i></p>

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
<p>Abordagem impessoal sem atender às necessidades especiais do utente</p>	<p><i>“O que vejo é a preocupação se usam preservativo ou não, o resto acho que que passa ao lado. Os cuidados a ter, eles não falam assim ao pormenor.” (E11-G)</i></p> <p><i>“Evitando abordar a temática da sexualidade, muitas vezes perdem a oportunidade de perceber que dificuldades podem estar presentes nestas áreas.” (E13-L)</i></p>
<p>Abordagem sem empatia e cuidado</p>	<p><i>“Irrita-me a ignorância dos que fazem (comentários) pois só demonstra a ignorância sobre o assunto, como se fosse uma doença ou algo para brincar. “(E10-G)</i></p> <p><i>“tenho quase a certeza que lhe disse assim entre dentes tipo maricas de merda... ou algo”. (E12-G)</i></p>

A segunda subcategoria refere-se a uma **abordagem estritamente profissional**, em que o enfermeiro presta o cuidado de saúde ao utente de forma competente, mas sem manifestar empatia pessoal. Nesta subcategoria incluem-se relatos de 5 participantes, os quais abordaram esta questão onze vezes durante as entrevistas.

A terceira subcategoria, **Abordagem impessoal sem atender às necessidades especiais do utente**, inclui o maior número de participantes, cerca de dez, e o maior número de referências, neste caso vinte e uma, sendo o segundo tema mais referido ao longo de todas as entrevistas, a seguir ao tema das atitudes discriminatórias.

Assim, segundo as narrativas dos participantes no estudo a maior parte dos enfermeiros atendem o utente LGBT de forma impessoal, evitam inquirir aspetos da saúde relacionados com a orientação sexual, e consideram o utente LGBT igual a qualquer outro utente, ou seja, sem atenderem à sua individualidade e necessidades de saúde distintas.

Por fim, uma quarta subcategoria emergiu do estudo, constituída pelos relatos referentes à percepção de comportamentos ou atitudes discriminatórias dos enfermeiros durante o atendimento de indivíduos LGBT.

Foi designada como **Atitudes discriminatórias**, o que significa que o profissional de saúde não expressa empatia nem cuidado no atendimento e tratamento que presta ao utente. Ou seja, diz respeito às situações em que, como o título indica, os utentes sentiram que eram atendidos pelos enfermeiros de forma diferente da que eram tratados os restantes utentes, nomeadamente sentiram que eram alvo de atitudes menos respeitadoras e por vezes à margem do que deve ser o código deontológico dos enfermeiros.

Como se pode ver na tabela 5, três participantes relataram este tipo de experiências dez vezes durante as entrevistas, tornando-as relevantes para os mesmos.

### 3.3 Limitações e problemas nos cuidados de saúde prestados a utentes LGBT

As limitações e problemas experienciados nos cuidados de saúde prestados a utentes foram agravados desde o início da pandemia da SARS COV 2. Os motivos que levaram os utentes LGBT a recorrer aos cuidados de saúde primários e as dificuldades que enfrentaram foram naturalmente afetados pela situação de crise sanitária. Uma vez mais também a escassez de recursos ou a discriminação presente no discurso dos profissionais de enfermagem (Pinto 2011) ou até a falta de materiais pode ser uma força contrária à adequada prestação de cuidados.

A inexistência de formação para enfermeiros sobre a temática LGBT quer seja na formação académica base (Çakir et al, 2020, Pinto, 2011), quer pelo não investimento dos próprios gestores de saúde em formação contínua para os profissionais de saúde, leva a uma lacuna grave que limita a qualidade dos cuidados prestados (Simpson et al, 2018).

#### 3.3.1 Qualidade e Abrangência dos Cuidados de Saúde

Uma última categoria que emergiu da análise temática diz respeito à **Qualidade e abrangência dos cuidados de saúde**. Há que ter em conta que o período em que o estudo empírico decorreu foi afetado pela pandemia da SARS COV 2, que poderá ter alterado bastante o motivo que levou os utentes LGBT a recorrer aos cuidados de saúde primários. Anteriormente a 2019, poderíamos possivelmente verificar maior utilização de instituições de saúde para vigilância de saúde (planeamento familiar, consulta de saúde

materna, consulta de cessação tabágica, vigilância de saúde do adulto na sua generalidade). No entanto as regras e condicionantes nestes últimos dois anos, impuseram que o contacto com as instituições de saúde seja maioritariamente em caso de doença aguda, o que por sua vez limita o discurso e o tempo necessário para um atendimento de qualidade que valorize os vários aspetos de vida de qualquer indivíduo.

Tendo feito esta ressalva, durante as entrevistas abordamos aspetos relacionados com as perceções dos utentes LGBT sobre a qualidade e abrangência dos cuidados de saúde, tendo havido três tipos de respostas, que apresentamos em três subcategorias: i) atendimento de acordo com o enquadramento legal, ii) atendimento sem privacidade e iii) atendimento com falta de qualidade.

#### **i) Atendimento de acordo com o enquadramento legal**

Três participantes referiram-se ao atendimento como estando dentro dos parâmetros legais, e referiram esta perceção três vezes durante as entrevistas. Temos como exemplo E13-L que refere ter sido atendida num gabinete e com toda a privacidade, que a sua esposa vai também à consulta e que todos respeitam o seu relacionamento e até têm conhecimento de que têm filhos.

Também E5-G descreve que vai acompanhado pelo seu parceiro e que o enfermeiro sabe tudo sobre a sua situação de saúde também da sua orientação sexual, que acolhe o seu acompanhante na consulta e respeita os princípios defendidos para a garantia de um bom atendimento de saúde. Ainda assim, o número de participantes a referir um processo cumpridor de princípios legais e protetores são diminutos em relação às outras duas categorias.

#### **ii) Atendimento sem privacidade**

Sete participantes, reportaram experiências em que foram atendidos num local onde estavam pessoas desconhecidas e em que se sentiram constrangidos a expor os problemas de saúde que os fizeram procurar os cuidados de saúde. Entre eles, E11-G recorda que as outras pessoas podiam ouvir o que estava a dizer, e E7-L relata ter tido de dizer ao

segurança, na rua, o motivo que a levava ao centro de saúde. Estes sete participantes referiram-se a esta experiência de atendimento sem privacidade dez vezes durante as entrevistas.

### iii) Qualidade de serviços limitada

Quanto à qualidade de serviços ser limitada, o mesmo foi referido também por sete participantes em 11 ocasiões durante as entrevistas ver (tabela 5). Podemos ver exemplos dessa limitação de qualidade de cuidados nos discursos dos participantes (tabela 10). A falta de cuidados reportada diz respeito ao facto de os enfermeiros, negligenciarem as necessidades específicas dos utentes LGBT durante o atendimento e tratamento. E11-G sugere que o problema pode residir na falta de formação e sensibilização dos profissionais de saúde para lidarem com a população LGBT:

*"Deveria haver campanhas de sensibilização para este tema (...) para os profissionais perceberem o que tem de ser cuidado para terem a confiança de quem lhes recorre (...)" (E11-G)*

Sem dúvida que as campanhas de sensibilização seriam um contributo para que todas a sociedade, e não apenas os profissionais de saúde, alterassem os comportamentos e atitudes em relação à população LGBT.

Tabela 10. Síntese de citações exemplificativas da categoria Qualidade e abrangência dos cuidados de saúde

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
De acordo com enquadramento legal	<i>"Hoje as coisas são questionadas segundo protocolos e estes têm de ser seguidos independentemente da vontade de cada um. (E5-G)</i>
Sem privacidade	<i>"Foi feito primeiro pelo segurança no meio da rua, sem privacidade nenhuma." (E7-L)</i>  <i>"foi feito num guichet juntamente com outras pessoas... conseguia-se ouvir a conversa de cada um" (E11-G)</i>
Qualidade limitada	<i>"O senhor nem tocou no assunto, eu não pedi. E foi em menos de 5 minutos! Sempre a despachar! Assim é complicado as pessoas terem à vontade". (E1-G)</i>

Sub categoria	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
	<p><i>“Devia haver campanhas de sensibilização para este tema... para os profissionais perceberem o que tem de ser cuidado para terem a confiança de quem lhes recorre”. (E11-G)</i></p>
	<p><i>“Nunca vi ninguém sugerir uma PREP para quem, por exemplo, tem vários parceiros...” (E6-G)</i></p>

### 3.4 Recomendações dos participantes sobre melhorias no atendimento

A entrevista incluiu uma pergunta bastante aberta, que teve como objetivo incentivar os participantes a falarem livremente sobre assuntos que considerassem relevantes e não tivessem sido incluídos no guião da entrevista.

A importância desta pergunta prende-se com a intenção de dar visibilidade merecida à população LGBT.

Após responder a questões relacionadas com as suas experiências em cuidados de saúde, nomeadamente junto de profissionais de enfermagem, os participantes puderam expressar-se acerca do que consideram ser prioritário e importante enquanto estratégia de atuação para minimizar ou anular as características homofóbicas da atuação dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados ao nível dos cuidados de saúde primários.

Também permitiu aos participantes partilhar sentimentos, ideias e recomendações, as quais poderão fornecer conteúdo enriquecedor para o estudo, para futuros estudos no âmbito desta temática e para a desejada mudança de práticas profissionais.

A ILGA Portugal, por ser parceira na realização do estudo, poderá utilizar os dados recolhidos no processo de criação de possíveis estratégias de atuação para o futuro, no sentido de melhorar a qualidade de vida da comunidade LGB, quando acede a instituições de saúde.

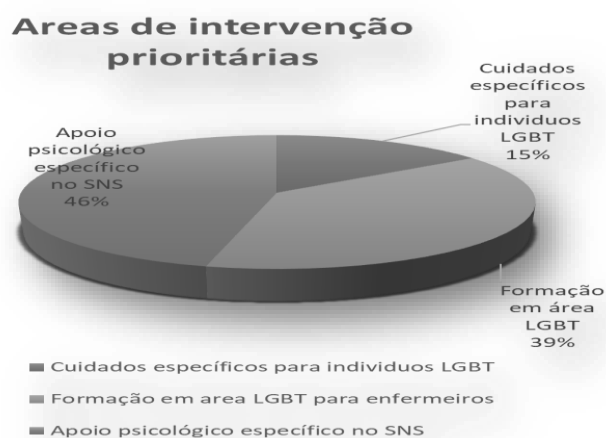
A partir da análise das respostas dos participantes a esta última questão da entrevista, é possível definir três aspetos que se revelaram prioridades para a comunidade LGBT, considerados fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Tabela 11. Listagem de áreas prioritárias para melhoria dos cuidados de saúde, segundo participantes do estudo

Prioridades	Tipos de intervenção	Excertos de entrevistas considerados ilustrativos
Vigilância de saúde	Cuidados de saúde específicos para LGB	<p><i>“As mulheres devem fazer uma vigilância a partir dos 40 anos mais ou menos, os homens devem fazer um planeamento familiar e citologia anal.” (E11-G)</i></p> <p><i>“Devem respeitar a diferença e há cuidados que no caso dos homens, são mais importantes. Principalmente porque ninguém faz consultas para vigiar a saúde...” (E6-G)</i></p>
Formação profissional	Formação para profissionais sobre comunicação, tema LGB, cuidados específicos de saúde	<p><i>“Devia haver campanhas de sensibilização para este tema... para os profissionais perceberem o que têm de ter cuidado para terem a confiança de quem lhes recorre.” (E12-G)</i></p> <p><i>“Acho que o ideal seria treinarem os novos profissionais para que a nossa presença e necessidade fosse encarada com a mesma naturalidade de todos os outros doentes...” (E2-G)</i></p>
Apoio psicológico	Apoio psicológico do SNS para comunidade LGBT	<p><i>“Achava importante começarem desde cedo, desde adolescência o apoio aos jovens, para que fosse mais fácil abrir o jogo, falarem do assunto...” (E1-G)</i></p> <p><i>“Acho que na adolescência e quando falamos sobre a nossa orientação deviam ser prestados melhores cuidados... ajudar nos a criar ensinar estratégias...” (E8-L)</i></p>

A figura 8 apresenta o gráfico demonstrativo das prioridades e recomendações referidas pelos participantes, bem como a sua abrangência na totalidade das entrevistas.

Figura 8. Estratégias prioritárias para melhorar os cuidados de saúde a comunidadeLGBT segundo os participantes no estudo



A reforma dos cuidados de saúde primários enfatiza a necessidade de igualdade de tratamento para todos os indivíduos, de acordo com as necessidades de saúde específicas de cada um, e a família ou grupo deve também ser cuidado de forma a manter o bem-estar biopsicossocial de toda a população (Gaba, et al, 2009; Biscaia et al, 2017) e os participantes do estudo consideram toda a legislação que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo, a adoção por casais importante para que a homofobia seja cada vez mais um conceito pertencente ao passado da sociedade portuguesa (validado por dez participantes com vinte referências no estudo relativo a este assunto).

O estudo revelou que o enquadramento legal tem vindo a ser melhorado no sentido de proteger os direitos da comunidade LGBT é bastante valorizado pelos utentes, tendo este sido um tópico bastante recorrente no estudo.

Os indivíduos parecem estar conscientes dos seus direitos e de que existem barreiras que não podem ser ultrapassadas, nomeadamente na qualidade do atendimento a que têm direito. No entanto, a existência de um enquadramento legal não é suficiente para fazer com que as atitudes e comportamentos discriminatórios sejam erradicados.

Os resultados deste estudo vão uma vez mais de encontro a anteriores estudos, que retratam que mesmo nos países desenvolvidos e com mais legislação e investimento na

proteção de LGBT, ainda um discurso homofóbico, a não valorização das necessidades específicas LGBT, a sistémica fuga ao tema e uma heteronormatividade que regula o comportamento do profissional (Çakir et al., 2020; Çakir et al., 2018; Council of Europe, 2010; Sahin et al., 2016).

No estudo, os participantes descrevem os enfermeiros muitas vezes como competentes, mas sem empatia, indiferentes à sexualidade dos utentes de quem cuidam e como tal a qualidade dos cuidados é limitada comparando com as reais necessidades de saúde dos utentes.

Para que haja mudanças sociais profundas na sociedade não basta criar um quadro legislativo favorável; há que, nos meios de comunicação social, nas escolas, nos programas de enfermagem, de medicina, de serviço social, bem como nas instituições culturais e recreativas, reforçar a educação para o respeito pelas diferenças.

## Capítulo 4. Discussão e Conclusões

Neste capítulo analisar-se-á a natureza das interações que se estabelecem entre os utentes pertencentes à comunidade LGBT que acedem a cuidados de saúde primários e as equipas de enfermagem que prestam cuidados de enfermagem nesse mesmo âmbito. As três sub-questões de investigação que guiam o estudo estruturam a discussão dos resultados, logo após serem discutidos dados relativos às características dos participantes.

Quando se remete para as características dos participantes, pode-se depreender que há um maior número de participantes gay e lésbicas, mas não foi possível a participação de indivíduos bissexuais ou transgénero. Por sua vez, e de acordo com o descrito no enquadramento teórico, a comunidade lésbica tem uma maior invisibilidade face aos gays, pelo facto de ser considerado normalizado maior contacto físico entre mulheres, mesmo sem ocorrer um relacionamento amoroso (Borrillo, 2010) podendo levar a que menos lésbicas considerassem pertinente a participação no estudo. No entanto tal não implica que as mesmas considerem que os cuidados de enfermagem que lhe são prestados decorram com a qualidade que se considera adequada, tendo em conta necessidades específicas da mesma população.

Muitas mulheres lésbicas ou bissexuais poderão considerar que não poderão ser afetadas por HPV, cancro do colo do útero ou até IST, o que as leva possivelmente ao distanciamento dos cuidados de saúde. Também os enfermeiros não questionam a orientação sexual dos utentes a quem prestam cuidados, não podendo assim estabelecer planos de cuidados adaptados às necessidades da pessoa. Por exemplo, segundo recomendação da Direção geral de Saúde, os rastreios do cancro do colo do útero devem ser efetuados em mulheres férteis entre os 25 e 60 anos, a cada cinco anos, e estando positivo, poderão ter de ser efetuados procedimentos específicos consoante a estirpe de HPV detetada. Também não sabendo a orientação sexual da mulher ou homem, não lhes será apresentada a possibilidade, caso pretendam, de gravidez medicamente assistida ou adoção. (Também as IST são por vezes ignoradas em mulheres lésbicas, considerando que, como não têm relações sexuais com homens, não possam ser portadoras de IST. E considerando um discurso heteronormativo, a pilula será o método contraceptivo mais

frequentemente sugeridos pelos mesmos. ( ILGA Portugal, 2019)

Considera-se que a ausência de transgénero ocorreu devido aos constrangimentos relacionados com estes dois anos de pandemia. O número de entrevistas foram um pouco aquém do que seria esperado. Esta é uma população que necessita de cuidados de saúde durante toda a sua vida e com certeza teria dados valiosos para acrescentar ao estudo. As necessidades desta população são muito específicas e multidisciplinares , relacionando o mesmo com o facto de os cuidados de saúde decorrentes dos processos de transição necessitarem de apoio de enfermagem, médicos e psicólogos com conhecimento na área.

Relativamente a homens gay, é muito significativa a discriminação efetuada ao nível cuidados de saúde, seja por considerarem que a possibilidade de uma IST é mais frequente apenas pelo motivo da orientação sexual, o que muitas vezes acarreta comentários pejorativos a seu respeito por um estereotipo desadequado com a realidade , ou pelo facto de apenas em 2016 ( Norma nº 009/2016 DE 19/09/2016) sair uma norma que não refere como fator de exclusão enquanto doadores de sangue, ser um homem que pratica sexo com homens.

Um estudo a ILGA Portugal com 537 participantes, revelou que 11% dos inquiridos já teve um problema de saúde física diretamente relacionado com a sua orientação sexual ou relações amorosas. Ao recorrerem aos CSP, 43% não indicaram a sua orientação sexual por receio de discriminação, e cerca de 32% simplesmente não procuraram ajuda por receio de discriminação por parte dos profissionais de saúde. (ILGA Portugal, 2019)

A faixa etária situa-se maioritariamente em indivíduos com menos de cinquenta anos. Tal poderá verificar-se porque as entrevistas foram na sua quase totalidade online e nas faixas etárias mais avançadas o uso da tecnologia poderá ser uma dificuldade acrescida para o participante. Também poderá estar relacionado com as gerações mais novas se sentirem mais à vontade para falarem sobre a sua sexualidade, apresentam menos peso religioso (Çakir et al., 2020) associado, como é por vezes descrito em estudos sobre a comunidade LGBT e a homofobia internalizada (Borrillo, 2010).

A maioria dos participantes são solteiros, o que pode levar a deduzir que apesar de já estar em vigor lei que permite o casamento entre pessoas do mesmo sexo (Lei nº 9/2010), esse fenómeno começa agora a entrar numa fase ascendente, mas que estagnou com as

limitações impostas pelo SARS COV2 relativamente à imposição de realização de casamentos com número limitados de convidados (INE, 2020). No entanto é também um facto que os números de casamentos em Portugal nas últimas décadas têm vindo a diminuir em relação ao pré 25 de Abril, sendo que muitos casais vivem em união de facto (INE, 2014).

A escolaridade dos participantes é na sua maioria a frequência do secundário, como se pode validar em dados oficiais, descritivos da sociedade portuguesa nas faixas etárias dos participantes. (INE, Pordata, 2021)

#### **4.1. Necessidades percecionadas pelos utentes da comunidade LGBT que recorrem aos cuidados de saúde primários**

A primeira das sub-questões de investigação do estudo pretende compreender as necessidades dos utentes da comunidade LGBT que recorrem aos cuidados de saúde primários. Os participantes utilizaram os CSP no surgimento de situações agudas de doença.

Verificamos que apenas três participantes foram fazer consultas de vigilância, cinco dirigiram-se por motivos associados aos SARS COV 2 e outros cinco participantes para controlo de doença. Os cuidados de saúde primários têm na sua base estrutural de atuação (Biscaia et al, 2008; Gava et al 2009) de atuação a vigilância de saúde e a capacitação do utente, mais do que o tratamento da doença.

Uma boa vigilância de saúde do indivíduo e da família ou grupo de pessoas diminui as situações de doença e garante ao utente e comunidade uma maior qualidade de vida física, mental e emocional (Pisco, 2011).

Quando se verifica que a população LGBT recorre essencialmente aos CSP de forma desalinhada para tratamento de situações agudas, afastando-se do inicialmente projetado para os CSP, poderá indicar que há uma desadequação de respostas preventivas conforme as necessidades específicas dos indivíduos e/ou também os mesmos não apresentam a confiança na procura destes cuidados mais preventivos.

Ambos são validados por referências já presentes neste estudo, e vão de encontro ao

conhecimento pré-existente (Quintas, 2008; Pinto, 2011; ILGA Portugal, 2019). A população LGBT não sente confiança nas equipas de enfermagem e consideram haver a possibilidade de discriminação homofóbica, pelo que oculta a sua orientação sexual no momento dos atendimentos, com receio de comentários ou atitudes homofóbicas e deste modo é colocada em causa também a qualidade dos cuidados que lhes são prestados, essencialmente ao nível da saúde reprodutiva, bem como da saúde materna, da prevenção de IST ou da necessidade de apoio psicológico relacionado com a temática LGBT.

#### **4.2 Perceção de atitudes/comportamentos homofóbicos na prestação de cuidados dos enfermeiros**

A segunda questão de investigação do estudo pretende saber se os utentes LGBT que recorrem a cuidados de saúde primários percebem atitudes e/ou comportamentos homofóbicos no decorrer da prestação de cuidados de saúde primários pelos enfermeiros, e, em caso afirmativo, que tipo de comportamentos e/ou atitudes são percebidos.

A perceção que os participantes têm dos enfermeiros em cuidados de saúde primários, foram subdivididos em quatro subcategorias. Quanto à competência dos enfermeiros, os participantes consideram estes profissionais competentes (Monteiro et al., 2017; Morais, 2004; Correia et al., 2001), mas apenas cinco referem que são para além de competentes, empáticos.

A empatia junto de um indivíduo cuja vida é pautada por muitas vezes estarem sujeitos a homofobia é muito relevante, no sentido em que coloca o indivíduo mais à vontade para referir a sua necessidade de saúde e dar mais pormenores sobre a sua vida para que o processo de colheita de dados seja mais rico e permita cuidados de qualidade e personalizados. (Quintas 2008, Pinto, 2011). A grande maioria considera os profissionais de saúde pouco desportos para este assunto e em vinte referências de entrevistas, são descritas atitudes de discriminação passiva, ou seja, homofobia cognitiva, em que apesar de aparentemente não ocorrer uma repulsa para com o indivíduo LGBT, verifica-se que na prestação de cuidados há uma desvalorização ou diminuição dos direitos do mesmo (Borrillo, 2010).

Dois participantes revelaram que as suas equipas de saúde, e como tal, os enfermeiros, em cuidados de saúde primários, conhecem plenamente a sua orientação sexual e lhes fornecem os cuidados adequados de saúde, com vista a dar resposta às suas necessidades.

Estes discursos enquadram-se em factores relacionados com a própria proximidade dos profissionais com pessoas, LGBT, ou o grau de formação dos mesmos, como é referido por autores com estudos na área (Çakir et al, 2020; Daley et al, 2011).

Um dos participantes refere a falta de material necessário para melhorar ainda mais os cuidados de saúde, como testes rápidos para várias IST ou a falta de investimento político na área da LGBT nos planos de saúde (Simpson et al, 2018; Quintas, 2008, UNAIDS World Report, 2014).

Ainda que descritos por menos participantes, verificam-se relatos de homofobia irracional, com repulsa ou comentários homofóbicos para com os indivíduos LGBT. Tal é descrito igualmente em estudos nacionais e internacionais, e presente em relatórios internacionais relativos a discriminação de género. (Pinto,2011; UNAIDS World Report, 2014)

Resumindo, segundo os testemunhos dos participantes acerca desta temática podemos verificar que os enfermeiros ainda apresentam um discurso heteronormativo, muitas vezes optando por desvalorizar ou anular a identidade de género e a orientação sexual dasua colheita de dados junto dos utentes.

Esta limitação na sua atuação é por si uma forma de homofobia cognitiva e leva a que o processo de cuidar esteja limitado na sua abrangência. Deste modo, são descurados temas importantes ou que poderão levar a necessidade de apoio específico, e como tal, a qualidade dos cuidados diminui. Os problemas associados ao trauma da discriminação de género são já alvo de estudos anteriores, e o possível seguimento na área da Psicologia direcionada para essa temática poderá apresentar resultados bastante benéficos para os indivíduos LGBT (Tadele, 2019, Khdir, 2021).

Apesar de no discurso dos participantes os enfermeiros serem competentes, há também referência aos mesmos (LGBT) optarem por não verbalizar ao profissional os aspetos mais íntimos. Deste modo, será possível deduzir que está também presente nos participantes em alguns momentos atitudes demonstrativas de homofobia internalizada, ou seja, de vergonha ou silenciamento do tema também para evitar possíveis situações de desconforto perante o seu prestador de cuidados. Um estudo em Taiwan refere que a

convivência das equipas de enfermagem com população e indivíduos LGBT reduz o nível de homofobia sentida e verbalizada e pelos profissionais, o que por sua vez valida a possibilidade do indivíduo LGBT se assumir quando acede a cuidados de saúde, com o tempo, leve à redução das atitudes e comportamentos homofóbicos (Lin et al, 2019).

### **4.3 Estratégias adaptativas da população LGBT face à homofobia**

Finalmente, a terceira questão de investigação procura analisar que estratégias de adaptação são desenvolvidas pelos utentes da comunidade LGBT, resultantes de atitudes e/ou comportamentos homofóbicos dos enfermeiros.

No que toca a estratégias adaptativas por parte de população LGBT, quando percebida por parte dos profissionais de saúde homofobia, conseguimos apurar dois tipos de estratégias ou comportamentos de adaptação dos mesmos: por um lado, a resiliência/resistência, ou seja, a não valorização da atitude ou comportamento homofóbico, mas do que podemos analisar de vários estudos realizados, e também dos resultados deste estudo, verifica-se na maioria dos casos um comportamento de auto-silenciamento da sua sexualidade, das suas efetivas necessidades de saúde, que por sua vez levam muitas vezes a alterações ao nível da saúde mental ou abuso de substâncias (Everett,2015; Nunes,2019; Khdir,2021) como consequência de depressão, isolamento, todos sintomas descritos na homofobia internalizada (Borrillo, 2010).

Verifica-se, por um lado, a valorização de ser livre, de estar à vontade em todos os discursos e atitudes, nomeadamente ser livres de demonstrar carinho para com os parceiros, assumir a sexualidade como todos os heterossexuais (Daley et al., 2011).No entanto em várias entrevistas os participantes referem que na verdade, sempre que não é estritamente necessário, a indicação da mesma é evitada, para evitar comportamentos homofóbicos por parte dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, (Çakir et al, 2020; Sahin et al, 2016). Esta é uma situação que se verifica na maioria dos países mundiais, mesmo aqueles em que não há criminalização relacionada com a orientação sexual. Por esse motivo o Conselho Europeu (2010) estabelece como prioritária, na emissão de políticas de saúde e legislação em saúde, as necessidades da população LGBT.

### **4.4 Prioridades em saúde identificadas pela população LGBT**

Analisando a pergunta aberta da entrevista, que visa compreender quais as prioridades em saúde da população LGBT, com vista a melhorar os cuidados prestados, podemos enumerar três recomendações para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

A primeira salienta a necessidade de formação base e formação contínua dos profissionais de saúde, nomeadamente das equipas de enfermagem, de conteúdos acerca da temática LGBT.

Sendo o curso de enfermagem uma licenciatura, e sendo do conhecimento público os programas de ensino das Escolas Superiores de Enfermagem, não foi possível verificar alguma disciplina ou referência específica ao tema da identidade de género ou orientação sexual, pelo que a quantidade e qualidade dos conteúdos poderão depender do grupo coordenador do curso em cada escola. Também Pinto (2011) verifica ainda elevados níveis de homofobia, *“Relativamente aos estudantes das áreas da saúde, existem, simultaneamente, muitos estudos que apontam para a existência de homofobia e atitudes negativas para com a população LGBT”* (Pinto, 2011:16).

Esta inadequação de conteúdos distancia o profissional de enfermagem desde o início da sua formação muitas vezes mantém-se na sua vida profissional com a temática LGBT (Moita, 2008 em Pinto, 2011).

Todos os estudos que encontramos, e também reforçado pelos participantes deste estudo, espelham que os enfermeiros não apresentam na sua formação base conteúdos acerca de identidade de género e orientação sexual. Estudos também referem que enfermeiros com mais currículo académico tendem a ser menos homofóbicos reiterando a importância da formação dos profissionais.

Não tendo na sua formação estes conteúdos, e caso não tenham proximidade pessoal com pessoas LGBT, ou preferência pelo tema, ocorre uma falha no conhecimento para conseguir abordar o utente, com o conhecimento necessário para prestar cuidados de qualidade. (Beagan et al., 2012; Della Pelle et al., 2018; Klotzbaugh et al., 2016)

O segundo ponto referido pelos participantes aponta para o facto de nos cuidados de saúde primários não estarem disponíveis recursos humanos e materiais para prestação de cuidados de saúde específicos para pessoas LGBT.

Apesar de não ser consensual, vários estudos apontam para necessidades específicas na comunidade LGBT (ILGA Portugal, 2019). Em relação a serviços não existentes ou claramente não cumprindo as diretrizes emitidas pela DGS, pode-se dar como exemplo o baixo número de consultas preconizadas de planeamento familiar (devendo ser mais frequentes em mulheres lésbicas por não apresentarem na sua maioria gestações), planeamento familiar também adequado e direcionado para homens (é também inexistente a possibilidade de realização de citologia anal para despiste de por exemplo HPV) ainda que minorias sexuais em alguns estudos foram identificados como tendo maior probabilidade de doenças oncológicas (Gonzalez et al., 2018; Rosário, 2019) e por vezes estão mais sujeitas a comportamentos sexuais não protegidos, especialmente em países onde ainda é criminalizada a homossexualidade (Tadele et al., 2019).

Há também pouco investimento e sensibilização para a temática da saúde mental por depressão, isolamento, e até alguns estudos falam em maior necessidade de apoio em situações de dependências como tabaco, álcool e substâncias ilícitas. (Mereish, 2014; Nunes, 2019)

Apesar deste último estudo referido poder ser mais polémico (Green et al., 2012), o mesmo explica esta prevalência acrescida pelo facto de as pessoas LGBT serem mais frágeis psicologicamente e suscetíveis pela constante discriminação sendo o consumo de álcool e/ou substâncias uma forma de fuga ao sofrimento. Estão relatados inclusive maior número de casos internamentos no âmbito da saúde mental e podendo até levar a acréscimo de taxas de suicídio (Nunes, 2019).

A necessidade de apoio psicológico leva-nos à terceira prioridade referida pelos participantes no sentido de melhorar os cuidados de saúde prestados pelos profissionais e como tal, melhorar o atendimento nos CSP. A mesma retrata a necessidade de, desde a adolescência haver por parte das equipas de saúde uma estratégia desenvolvida no sentido de facilitar a abertura dos jovens para o tema da sexualidade num regime não binário, não heteronormativo e como tal, mais tolerante e que garanta a igualdade de tratamento para todas as identidades de género e orientações sexuais, tal também já validado por autores como Rosário (2019).

Os enfermeiros de saúde escolar são os profissionais mais habilitados e com maior contacto com os jovens nas escolas, e como tal, este investimento deve ser massificado e integrado num formato obrigatório e com indicadores de eficácia no Plano Nacional de Saúde Escolar, tal como as intervenções referentes ao Consumo de Tabaco ou Alimentação Saudável.

Vários estudos referem a importância da adolescência na afirmação da sexualidade (Rosário, 2019, Quintas, 2008, Tadele et al, 2019). Rosário (2019) refere também que a afirmação da orientação sexual representa uma parte importante na identificação do indivíduo, com implicações sociais, na sua saúde e em outras áreas da sua vida nomeadamente a sua capacidade de se relacionar ou de trabalhar. Deste modo, os participantes no seu discurso consideraram ser esta abordagem de promoção de saúde uma das estratégias em falta na atuação dos profissionais de enfermagem.

## 5. Capítulo 5. Considerações finais e recomendações para futura investigação

O estudo realizado permitiu apurar que ainda se verifica por parte de alguns enfermeiros em cuidados de saúde primários um comportamento heteronormativo. Persistem ainda por vezes atitudes homofóbicas na prática de alguns enfermeiros, que poderão ocorrer pela total desvalorização da sexualidade do sujeito, assumindo sistematicamente que o mesmo é heterossexual e como tal não valorizando necessidade específicas do mesmo, garantindo a melhor qualidade de cuidados. Este comportamento heterossexista e a desvalorização do indivíduo como um todo comprometem a adequada colheita de dados sobre o utente e a sua família, no momento da prestação de cuidados e consequentemente têm efeitos na qualidade do atendimento que estes profissionais de saúde prestam aos indivíduos LGBT.

Os enfermeiros, muitas vezes, apesar de conhecerem e compreenderem o direito à igualdade de cuidados dos utentes LGBT, no seu discurso e atuação diária na prestação de cuidados não colocam esse conhecimento em prática. Como tal, verifica-se uma tendência à presença de homofobia cognitiva, que se manifesta por exemplo quando não é valorizada a necessidade de planeamento familiar em casais do mesmo sexo especialmente se forem ambos do sexo masculino, o conhecimento sobre profilaxia pré exposição, ou até medicação hormonal no caso de utentes transgénero. Nunes (2019) refere também a necessidade de providenciar apoio psicológico aos utentes LGBT por profissionais de saúde com competências específicas sobre a área LGBT, bem como garantir formação aos profissionais que trabalham no SNS nessa mesma temática.

Este conjunto de atitudes contribuem para silenciar o tema da identidade de género e orientação sexual de quem recorre aos cuidados de saúde primários. Os fatores que levam a esse distanciamento entre os enfermeiros e a população LGBT são vários. Existem fatores estruturais que relevam do próprio SNS, que não tem os recursos humanos e materiais para conseguir dar uma resposta efetiva, não só no tratamento de doenças, mas também na promoção da saúde e prevenção de doenças. Os participantes queixam-se da falta de privacidade e empatia necessária para falar das suas necessidades de saúde e dos

problemas associados. Verifica-se uma falta de conhecimento dos profissionais, que decorre da formação académica de base, que não os prepara para cuidarem de pessoas com problemas específicos LGBT, ou sobre que encaminhamentos poderão ser efetuados para outros profissionais mais especializados, sempre que tal seja adequado.

Verifica-se ao nível da saúde escolar e das equipas de família que o investimento na área LGBT provavelmente fica aquém das necessidades. Segundo as narrativas dos participantes no estudo, por vezes as equipas parecem estar pouco despertas para o tema da identidade de género e orientação sexual, bem como das necessidades específicas dos indivíduos LGBT. Apesar de a reforma dos CSP salientar a necessidade de criar equipas multidisciplinares abrangentes, que contemplem o indivíduo com um ser holístico, os relatórios anuais referentes aos CSP não utilizam indicadores de qualidade que mencionem ou possam atribuir um valor mensurável às questões relativas à identidade de género e/ou orientação sexual. Deste modo não é possível quantificar adequadamente os cuidados prestados no âmbito da temática.

No entanto, segundo o Relatório Anual do SNS (2020) constata-se uma diminuição significativa das consultas de enfermagem de planeamento familiar, com 39,9% de taxa de utilização de consultas de enfermagem de planeamento familiar no ano de 2016 e 25,7% em 2020. Sendo as consultas de planeamento familiar a forma mais comum para abordar o tema da sexualidade, a diminuição do número de consultas poderá ser demonstrativa de menor acesso a cuidados de saúde também por parte deste grupo específico.

Os resultados do estudo poderão de alguma forma demonstrar a necessidade de um investimento exponencial numa temática, que neste momento o mundo reconhece ser da máxima importância para a saúde da população. É necessário garantir a qualidade de vida de todos os indivíduos, independentemente da sua identidade de género e/ou orientação sexual, ao longo dos vários grupos etários.

Relativamente aos sentimentos gerados nos participantes enquanto resultado do comportamento dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde, podemos verificar que a grande maioria acede aos CSP apenas para tratamento de situações agudas. No entanto, os CSP devem fazer parte integrante da promoção de saúde e prevenção de

doença dos indivíduos. Isto parece denotar falta de confiança dos participantes neste estudo relativamente aos enfermeiros.

Verifica-se ambiguidade no discurso dos participantes, sendo estes assertivos quando referem que devem assumir a sua orientação sexual, mas, no entanto, em poucos momentos se sentem à vontade para o fazer, a não ser que seja estritamente necessário. Ainda que esse seja um direito claramente identificado por todos, de alguma forma ocorrem situações de homofobia internalizada, em que se verifica alguma retração para proteção de si mesmo no que toca a assumir claramente a sua orientação sexual ou identidade de género, provavelmente como forma de evitar alguma atitude ou comportamento homofóbico por parte do profissional de saúde.

Ainda que indiretamente, pôde-se verificar que a população LGBT provavelmente não encontra nos profissionais de enfermagem as atitudes e os comportamentos que os coloquem à vontade e confortáveis ao falar da sua sexualidade.

As consequências desse afastamento dos cuidados de saúde seriam sem dúvida prolíficas em conteúdo para a realização de um estudo, no sentido de, a partir do mesmo, produzir evidencia que pudesse conduzir a elaboração de novas estratégias e políticas de saúde garantindo, uma melhoria da saúde física e mental para uma parte da população portuguesa.

Estudos no âmbito desta temática em Portugal são bastante relevantes na medida em que não existe muita investigação na área. Os resultados poderão trazer uma mais-valia num futuro próximo, se estes resultados servirem de plataforma de arranque para uma mudança de paradigma dentro da classe profissional.

Neste estudo fica ainda patente a necessidade de formação específica dos profissionais de saúde, mesmo no percurso académico inicial, visando uma maior qualidade dos cuidados prestados a esta população vulnerável.

Faria igualmente sentido do nosso ponto de vista realizar um estudo incluindo enfermeiros de um ACES para avaliar scores de homofobia entre os profissionais, relacionar esses scores com o estado civil, idade, naturalidade, convivência com LGBT, percurso académico. Uma pergunta aberta para expressar as necessidades sentidas e

sugestões para melhorar o atendimento junto da população LGBT permitiria analisar o mesmo fenómeno do ponto de vista dos profissionais de saúde.

Seria igualmente importante incluir na formação de profissionais de enfermagem, bem como na de outros profissionais (não só da área da saúde), formação para a sexualidade nas suas várias vertentes, não assumindo a não heterossexualidade como uma fuga ou desvio à regra, mas como uma diferença legítima e protegida pela lei. É necessário promover a aceitação das diferenças e reconhecer legitimidade às diferentes orientações sexuais.

Sendo os enfermeiros um dos grupos de profissionais de saúde que mais contacto tem com os utentes, é essencial que estes respeitem os princípios e valores inerentes à sua prática profissional, como é igualmente importante que estes reconheçam a diferença e prestem os mesmos cuidados, com a mesma qualidade e atenção, a todos os utentes, independentemente da sua orientação sexual.

## Referências Bibliográficas

Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia 2009, “Homofobia e Discriminação em razão da Orientação Sexual e da Identidade de Género nos Estados-Membros da EU: Parte II”, A Situação Social, ISSN 1831-0060, Viena, FRA

Araújo, C 2014 “Enfermagem com Famílias-Perceção dos Utentes de uma Unidade de Saúde Familiar dos Cuidados do Enfermeiro de Família” , dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto

Assembleia da República, Lei n.º 2/2016, de 29 de fevereiro, Diário da República n.º 41 – 1ª Série. Lisboa: Assembleia da República: 634-635

Assembleia da República, Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, Diário da República n.º 38 1ª Série. Lisboa: Ministério da Saúde: 1182-1189

Assembleia da República, Lei n.º 38 /2018, de 7 de agosto, Diário da República n.º 151 – 1ª Série. Lisboa: Assembleia da República: 3922-3924

Assembleia da República, Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, Diário da República n.º 214 – 1ª Série. Lisboa: Assembleia da República: 2357-2363

Assembleia da República, Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto, Diário da República n.º 151-1ª Série. Lisboa: Assembleia da República: 5097-5098

Assembleia da República, Lei n.º 7/2011, de 15 de março, Diário da República n.º 52 – 1ª Série, Lisboa: Assembleia da República: 1450-1451

Assembleia da República, Lei n.º 9/2010, de 31 de maio, Diário da República n.º 105 - 1ª Série, Lisboa: Assembleia da República: 1853-1853

Assembleia da República, Lei nº 7/2011 de 15 de março, Diário da República, -nº52 1ª serie, Lisboa: Assembleia da República

Associação para o Planeamento Familiar, 1995, “Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos”, consult. 22 Jul.2021, disponível em [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/carta\\_da\\_ippf\\_dos\\_direitos\\_sexuais\\_e\\_reprodutivos.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/carta_da_ippf_dos_direitos_sexuais_e_reprodutivos.pdf)

Bardin, L 1994 “Análise de Conteúdo”, Edições 70

Beagan, B, Fredericks, E & Goldberg, L 2012, “Nurses’ work with LGBTQ patients: They’re just like everybody else, so what’s the difference?” *Canadian Journal of Nursing Research*, 44(3), pp. 44–63

Biscaia A & Heleno, L 2017, A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), pp.701-712

Biscaia, A, Martins, J, Carreira, M, Gonçalves, I, Antunes, A & Ferreirinho P 2008, “Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos”, Padrões Culturais Editora, Lisboa

Bodenhausen, G, & Richeson, J 2010, “Prejudice, stereotyping and discrimination *Advanced social psychology: The state of the science*”, Oxford University Press, New York, pp. 341-383.

Borrillo, D 2010, “Homofobia, História e crítica de um preconceito”, *Ensaio Geral 1*, Autêntica Editora, Belo Horizonte

Bortoletto, G 2019, “LGBTQIA+: identidade e alteridade na comunidade”, Escola de Comunicações e Artes, Centro De Estudos Latino-Americanos sobre Cultura e Comunicação, Universidade de São Paulo, São Paulo

Çakir, H & Seren A 2020, “Are nurses homophobic?” *Journal of Nursing Scholarship*, 52:6, pp. 613–622, Istanbul, Turkey

Carneiro, N 2009, “Homossexualidades” – Uma Psicologia entre Ser, Pertencer e Participar. Editor LivPsic, JUN, Porto

Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional 2005, Assembleia da República, Lisboa, Consult. 14.Jan. 2020, disponível em:  
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Correia, C, Dias, F, Coelho, M, Page, P & Vitorino, P 2001 “Os enfermeiros em cuidados de saúde primários”, *Enfermagem*, Vol. Temático (2), pp.75-82.

Council of Europe 2010, “Recommendation CM/Rec (2010) 5 of the Committee of Ministers to member states on measures to combat discrimination on grounds of sexual

orientation or gender identity”, consult. 01.Jul.2021, disponível em:<https://www.refworld.org/pdfid/4bc32b292.pdf>

Creswell, J & Poth, C 2018 “Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches”, (4a edição) Sage

Daley & Macdonnell 2011, Gender, sexuality and the discursive representation of access and equity in health services literature: implications for LGBT communities, International Journal for Equity in Health, Consult. 03.Abril 2021, em: <http://www.equityhealthj.com/content/10/1/40>

Dasgupta, N & Rivera, L 2008, “When social context matters: The influence of long-term contact and short-term exposure to admired outgroup members on implicit attitudes and behavioral intentions”, Social Cognition, n 1(26), pp.112-123.

Della Pelle, C, Cerratti, F, Di Giovanni, P, Cipollone, F & Cicolini, G 2018, “Attitudes towards and knowledge about lesbian, gay, bisexual, and transgender patients among Italian nurses: An observational study”, Journal of Nursing Scholarship, 50(4), pp. 367–374.

Denzin, N & Lincoln, Y 2018 “The Sage Book of Qualitative Research”, 5a ed., p. 1383

Dias, M 2002 “Construção e validação de um inventário de competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com grau de licenciado”, Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

Dooley, L 2002 “Advances in Developing Human Resources”, Sage Journals, Volume 4 Issue 3, August 2002

Dovidio J, Glick P, & Rudman L 2005, “On the nature of prejudice: Fifty years after Allport,” Blackwell Publishing, Malden, pp. 310-326.

Drescher, J 1998, Psychoanalytic Therapy And The Gay Man. Edit. Hillsdale. New Jersey: The Analytic Press

Espirella Guerrero, R 2007, “Homofobia y psiquiatria”, Revista Colombiana de Psiquiatria, vol. XXXVI, núm. 4, pp. 718-735.

- Everett, B 2015, “Sexual Orientation Identity Change and Depressive Symptoms: A Longitudinal Analysis”, *Journal of Health and Social Behavior*, March 2015, Vol. 56, No. 1 (March 2015), pp. 37-58, Consult. 10.Jun. 2021, disponível em: <https://www.jstor.org/stable/44001122>
- Falcão, A, Souza, L & Costa, R 2020, “Discriminação e preconceito linguístico: questões para promoção da saúde?” *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, Ano 05, Ed. 03, Vol. 02, pp. 17-31. Fevereiro de 2020. ISSN: 2448-0959
- Fernandes, S 2011, “Homofobia: Percepção dos Discursos Sociais e Experiência de Vitimização de Homossexuais”, Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga
- Ferreira, A 2015, “O Brasil e o preconceito: uma análise teórica e crítica da Lei 7.716/89 frente à realidade brasileira”. *Revista Âmbito Jurídico*, XVIII, Revista 134
- Fleury, M & Fleury A 2001, “Construindo o conceito de competência” *Revista de Administração Contemporânea; Edição Especial*, pp. 183-196.
- Gato, J 2012, “Homofobia dos dois lados do atlântico: Atitudes negativas face a lésbicas e a gays em Portugal e no Brasil”, *Revista Passages de Paris* 2012; 7, pp.105-121
- Gato, J, Fontaine, A & Carneiro, N 2012, “Escala Multidimensional de Atitudes face a Lésbicas e a Gays: Construção e Validação Preliminar”, *Revista Paidéia*, 22(51), pp.11-20.
- Gava, G & Dias, H A 2018, “Reforma dos Cuidados de Saúde Primários: êxitos e desafios da experiência portuguesa”, *Revista NAU Social Mai/Out*; 09(16), pp. 19-39.
- Gay Guide 2019, “Spartacus Gay Travel Index”, Consult. 21 Mai. 2020, em: <https://spartacus.gayguide.travel/blog/gay-travel-index-2019/>.
- Gonzalez, G & Zinone, R 2018 “Cancer diagnoses among lesbian, gay, and bisexual adults: Results from the 2013-2016 national health interview survey.” *Cancer Causes & Control*, 29, 845–854.
- Green, K & Feinsten, B 2012 “Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment”, *Psychol Addic Behav*, v. 26, n. 2, pp. 265-278, Jun. 2012

Guedes, V, Figueiredo, M & Apóstolo, J 2016, “Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais em Cuidados de Saúde Primários: da Compreensão à Concretização”, Revista de Enfermagem Referência Série IV - n.º 8 - jan./feb./mar. 2016 pp.27-33 ISSN: 2182.2883

Hancock, B, Ockleford, E & Windridge, K 2009 “An Introduction to Qualitative Research”, The NHR RDS EM / YH, 2007.

Harmaci, A & Çakir, H 2020, “Are nurses Homophobic? A Survey Study in Public Hospitals in Turkey”, Journal of Nursing Scholarship, 52(6), September, Consult. 13 Agos. 2021, disponível em:<http://10.1111/jnu.12596>.

Hegarty P & Massey S. 2007, “Anti-Homosexual Prejudice... as Opposed to What?” Journal of Homosexuality, volume 52(1), pp. 47-71.

Herek, G 2004, “Beyond homophobia: Thinking about sexual stigma and prejudice in the twenty-first century”, Sexuality Research and Social Policy, vol 1(2): 6-24.

Herek, G 2009, “Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample”, Journal of interpersonal violence, 24(1): pp. 54-74

Herek, G 2010, “Sexual orientation differences as deficits: Science and stigma in the history of American psychology” Perspectives on Psychological Science, 5(6): 693-699.

Hotun, N & Bilgiç, D 2016, “Attitudes towards homosexuals in society, and health inequalities regarding lesbian women”, Journal of Health Sciences and Professions, 3(3), pp.216–225.

Houaiss, A, & Villar, M 2001, “Dicionário Houaiss da língua portuguesa” Rio Ed. Objetiva, Rio de Janeiro, consultado em 14 de Mai. 2021, disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/23793>

ILGA PORTUGAL 2017, “Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans” , Consult. 22 Abr. 2020, em: <https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaude.pdf>

ILGA PORTUGAL 2018, “Homofobia e Transfobia: Dados da Discriminação em Portugal 2017”, Observatório da Discriminação em função da orientação sexual e da identidade do género, Maio, Lisboa

ILGA PORTUGAL 2018, “Relatório ILGA 2018”, Consult. 03 Abr. 2019, em: <https://www.huffpostbrasil.com/entry/dados-relacoes-homossexuais>

ILGA PORTUGAL 2019, “Saúde em Igualdade. Pelo acesso a cuidados de saúde adequados e competentes para pessoas lésbicas, gays, bissexuais e trans”, ISBN: 978-989-95594-7-9

Instituto nacional de Estatística 2014 “Casamentos celebrados (N.º) por Local de registo e Existência de filhos comuns e não comuns anteriores ao casamento; Anual”, consult. 25 Jul. 2021 disponível em:

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0005388&selTab=tab0&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0005388&selTab=tab0&xlang=pt)

Instituto nacional de Estatística 2020 “Casamentos celebrados (Nº) por modalidade (NUTS 2013)”, consult. 25. Jul. 2021 disponível em:

[https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9335&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt](https://ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9335&tipoSelecao=0&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true&xlang=pt)

Instituto nacional de Estatística 2021, Pordata, “Escolaridade da População”, consult. 11 Dez 2021, disponível em:

<https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+com+15+e+mais+anos+total+e+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+completo+mais+elevado-2101>

International Council Of Nurses 2008, “Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados de saúde primários”, ICN, 2008, Genebra

International Council of Nurses, 2012, “Reforming primary health care: A nursing perspective”, ICN; 2012, Genebra

Irwin, J 2002, “Discrimination against gay men, lesbians, and transgender people working in education”, *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 14(2), pp.65–77

Khdir, R & Latifoğlu, G 2021 “Hopelessness And Pessimism Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgenders (Lgbt): Effect of Counseling on Problem Coping Strategies”, *Propósitos y Representaciones*, (SPE2), e1004. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2021.v9nSPE2.1004>

Koltko-Rivera, M E 2006 “Rediscovering the later version of Maslow’s hierarchy of needs: Self-transcendence and opportunities for theory, research, and unification” *Review of General Psychology*, 10(4), 302–317

Klotzbaugh, R, & Glover, E 2016 “A lesbian, gay, bisexual and transgender dedicated inpatient psychiatric unit in rural New England: A descriptive analysis in demographics, service utilization and needs”, *Journal of Clinical Nursing*, 25(23–24), pp. 3570–3576.

Lasser, J, Ryser, G & Price, L 2010, “Development of a lesbian, gay, bisexual, visibility management scale”, *Journal of Adolescence*, volume 26, pp. 415-428.

Le Boterf, Guy 2006, “Avaliar a competência de um profissional – Três Dimensões a explorar”, *Revista Pessoal*, Julho: 60-64.

Lewis, G & Taylor, H 2001 “Public opinion toward gay and lesbian teachers: Insights for all public employees”, *Review of Public Personnel Administration*, 21(2), pp.133–151.

Lin, Y, Yen, C, Wang, P, Huang, Y, Chen, Y & Hu, H 2019 “Intention to care for gay and lesbian patients and knowledge about homosexuality: A comparison of Taiwanese nurses in 2005 and in 2017”, *Public Health Nursing*, 36(4), pp.525–533.

Lionço, T & Diniz, D 2009, “Homofobia & Educação”, Editora Letras Livres; Brasília pp.15-46.

Maciel, C 2011, “Mudança Organizacional e Liderança de Enfermagem”, Dissertação de Mestrado, Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro; Aveiro.

Martins, M 1998 “O catolicismo e a constituição da identidade nacional, Ensaio sobre o caso Português” *Revista Cultural*, Instituto Superior de Línguas e Administração, consult. 02 out. 2021, disponível em:

<http://hdl.handle.net/1822/23793>

Maslow, A 1987, “*Motivation and personality*” (3rd ed.). New York.

Massey, S 2009, “Polymorphous prejudice: Liberating the measurement of heterosexuals’ attitudes toward lesbians and gay men”, *Journal of Homosexuality*, 56(2), pp. 147-172.

Mccoy, S & Major, B 2003, “Group identification moderates emotional responses to perceived prejudice”, *Society for Personality and Social Psychology* 2003; 29(8): 1005-1017.

Mclean, C, O’Conner, W 2003, “Sexual Orientation Research Phase 2: The Future of LGBT Research- Perspectives of Community Organizations” Edinburgh: Scottish Executive Social Research; 2003,78p.

Menezes, I & Costa, M 1992, “Amor entre iguais: a Psicoterapia da diferença”, Cadernos de Consulta Psicológica, Editor: repositorio-aberto.up.pt, 8, pp. 79-84

Mereish E, O'Cleirigh C& Bradford J 2014 “Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minority men and women”, Psychol Health Med. 19

Moita, G 2001, “Discursos sobre a homossexualidade no contexto clínico: a homossexualidade de dois lados do espelho”, Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 400 p.

Moita, G 2006, “A Patologia da Diversidade Sexual: Homofobia no Discurso dos Clínicos”, Revista Crítica de Ciências Sociais, 76, pp. 53-72.

Monteiro B. 2017, “Cuidados primários de saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa”, Revista Ciência & Saúde Coletiva, 22(3), pp. 725-736.

Natarelli T, Falleiros, I, Braga, I, Oliveira, W, Silva & Silva, M 2015, “O impacto da homofobia na saúde do adolescente”, Escola Anna Nery Out/Dez; 19(4), pp. 664-670.

Nunes, C 2019 “Correlatos de ansiedade, depressão e suicida idade nas minorias sexuais”, Dissertação de mestrado em Psicopatologia, Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa

Ordem Dos Enfermeiros 1998, “Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro” In Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril), consult. 13 Abr. 2020, disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.

Ordem Dos Enfermeiros 2015, “Deontologia Profissional de Enfermagem”, Consult.13 Abr. 2020, disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf).

Ordem Dos Enfermeiros 2020, PARECER N.º 01/ 2020, Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Organização Mundial Da Saúde 1979, Cuidados Primários de Saúde: Alma-Ata 1978: Brasília, 60 p. ISBN9241800011

Orientando SD, “O que significa LGBTQIAP+?”, consult. 22 Abr. 2020, disponível em: <https://orientando.org/o-que-significa-lgbtqiap/>.

Pereira, A, Monteiro, M, & Camino L 2009, “Social norms and prejudice against homosexuals”, *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), pp. 576-584.

Pereira, H & Leal, I 2002, “A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homossexuais”, *Análise Psicológica* 2002; 1(XX), pp. 107-113.

Pinto, D 2011 “Discriminação, preconceito e atitudes relativamente a lésbicas: Estudo numa amostra de estudantes de enfermagem”, *Mestrado Integrado em Psicologia Área de Especialização em Psicologia da Saúde*, Universidade do Minho

Pisco, L 2011, “Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde”, *Revista Ciência & Saúde Coletiva*,16(6), pp. 2841-2852.

Quintas, P 2008, “Heteronormatividade no Contexto dos Cuidados de Saúde – Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Razão da Orientação Sexual do Utente” *Dissertação de mestrado*, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

Relatório Anual Acesso A Cuidados De Saúde Nos Estabelecimentos Do Sns E Entidades Convencionadas ,consul. 14 Dez.,2021 disponível em: [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso\\_VF.pdf](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/09/Relatorio-do-Acesso_VF.pdf)

Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2011, de 18 de janeiro . *Diário da República* n.º 12- 1ª Série. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros: 296-321.

Rezende, M 2016 “Homofobia para além das aparências”, Editora Meditação; 1ª edição, ISBN-13 978-8577061099

Rita, C 2012, “Impacto da satisfação com o Suporte Social e da Autoestima no Conforto com a Orientação Sexual de Jovens Homossexuais e Bissexuais”, *dissertação de mestrado não publica*, Instituto Piaget, Almada.

Rosário, M 2019, “Sexual Orientation Development of Heterosexual, Bisexual, Lesbian, and Gay Individuals: Questions and Hypotheses Based on Kaestle’s research”, *The Journal Of Sex Research*, 56(7), 827–831, 2019 © 2019 The Society for the Scientific Study of Sexuality ISSN: 0022-4499 print/1559-8519

Şahin, N & Bilgiç, D 2016, “Attitudes towards homosexuals in society, and health inequalities regarding lesbian women”, *Journal of Health Sciences and Professions*, 3(3), pp.216–225.

Savater, F 1996, “Libre mente”. Espasa Calpe, 2ª ed., Madrid.

Serrano M, Costa, A & Costa, N 2011, “Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)” *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp. 15-23.

Silva, D, Silva, P, Sobreira, M, Andrade, A, Bezerra, Araújo, E & Araújo, A 2018, “Assistência De Enfermagem Na Atenção Básica A População Homossexual Da Cidade De Caicó-Rn”, *Revista Temas Em Saúde*. 2018; 18(3) pp. 261-281.

Simpson, P, Almack, K, & Walthery, P 2018, ‘We treat them all the same’: the attitudes, knowledge and practices of staff concerning old/er lesbian, gay, bisexual and trans residents in care homes, *Ageing & Society* 38, 2018, pp. 869-899. © Cambridge University Press.

Sousa P 2009, “O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios”, *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial – 70 anos), pp. 884-894.

Tadele and Amde 2019, “Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa”, *Ethiopia International Journal for Equity in Health*

Tadele G 2012, “Sexuality and Rights: Men who have sex with men in Addis Ababa, Ethiopia. In: *African Responses to HIV/AIDS: Between Speech and Action*”, Ige S and Quinlan T, editors. Durban: UKZN press; 2012. pp. 177–208.

Tadele, G & Made, O 2019, “Health needs, health care seeking behaviour, and utilization of health services among lesbians, gays and bisexuals in Addis Ababa”, *International Journal for Equity in Health*, Ethiopia, Consult. 01.Jul. 2021, disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0991-5>.

UNAIDS World Report 2014, “Discrimination against LGBT people triggers health concerns”, [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), Vol 383, February 8

Vendrame, F 2015, “A Homofobia Institucionalizada em Portugal e no Brasil”, Artigo apresentado para a conclusão do curso de Pós-Graduação em Direito Humanos, Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Vilaça, H & Oliveira M 2015, "Clivagens e cumplicidades entre e a Igreja Católica e o estado: o casamento entre pessoas do mesmo sexo", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 78: 29-47.

Vitiritti, B 2016, "Diversidade Sexual e Relações Profissionais: Conceções de Médicos e Enfermeiros", ISSN 1413-389X *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, Vol. 24, nº 4, pp.1389-1405.

Willig, C & Staiton-Rogers, W 2017 “Interpretation in qualitative research” ,The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology, Sage, pp. 274-288

Yin, R 2014 “Case study research: Design and method”, (5th ed.), Thousand Oaks, CA: Sage

## **Anexos**

## **Anexo 1. Formulário de informação do estudo e consentimento informado**

### **Título do estudo: CONCEÇÕES DE HOMOFOBIA NO COTIDIANO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE- UMA VISÃO LGBT EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Exmo.(a) Sr.(a),

Eu, Mara Lúcia Cardoso Pires, aluna do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua participação numa investigação que se debruça sobre a perceção da homofobia por parte de LGBT quando acedem a cuidados de saúde primários (CSP).

Esta investigação é realizada no âmbito da frequência no Mestrado em Saúde Pública e Desenvolvimento, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

O estudo a ser desenvolvido e para o qual peço o seu consentimento, tem como objetivo compreender a forma como a comunidade LGBT percebe os cuidados de saúde que lhe são prestados pelos enfermeiros, no âmbito dos CSP em Portugal.

Sendo os CSP a porta para o Sistema Nacional de Saúde, revela-se de maior importância compreender se há nas palavras, comportamentos, atitudes e atos dos profissionais possíveis sinais de homofobia percebidos pela comunidade lésbica, gay, bissexual. A recolha de dados é efetuada através de entrevista online, via Zoom ou Skype preferencialmente, mas também poderá ser presencialmente, desde que garantidas as recomendações de distanciamento social e prevenção de contágio de SARS COV 2.

Se aceitar participar no estudo, e cumprir os critérios de inclusão no estudo que são apenas **ter mais de 18 anos, ser gay, lésbica, bissexual ou transexual e ter acedido aos CSP nos últimos doze meses**, ser-lhe-á pedido que anteriormente à realização da entrevista leia o consentimento informado, e caso concorde com as condições de participação no estudo, manifeste a sua disponibilidade em participar através de um e-mail enviado para investigadora.

A entrevista terá uma duração aproximada de uma hora. A mesma será gravada em formato áudio e transcrita, podendo ser presencial ou on-line, mediante preferência do participante. O registo da entrevista será destruído num prazo máximo de 5 anos.

Apenas o(a) senhor(a) e o investigador estarão presentes no momento da entrevista, garantido a total privacidade do processo.

A sua participação neste estudo é voluntária (não é obrigatório participar) e poderá desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para si. As informações fornecidas são confidenciais e o anonimato estará garantido (significa que o que for dito durante a entrevista não estará associado ao seu nome e que no estudo o seu nome nunca será incluído em nenhuma publicação). A informação será utilizada exclusivamente para este estudo. Não há lugar a pagamentos ou benefícios económicos para os participantes ou para o investigador proveniente deste estudo. Os dados recolhidos serão apenas do conhecimento da equipa de investigação, protegidos em computador pessoal e protegido com password.

Agradeço a sua participação no estudo e se tiver alguma dúvida ou necessidade de esclarecimento sobre o estudo e a participação no mesmo pode contactar a investigadora da seguinte forma:

Cordialmente,

Data e local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Mara Lúcia Cardoso Pires, investigadora principal

Email: [homofobiamlcp@gmail.com](mailto:homofobiamlcp@gmail.com)

IHMT, Rua da Junqueira 100 Rua da Junqueira, 100

1349-008 Lisboa

Telefone: +351 967555956

Isabel Craveiro investigadora coorientadora

Email: [homofobiamlcp@gmail.com](mailto:homofobiamlcp@gmail.com)

IHMT, Rua da Junqueira 100 Rua da Junqueira, 100

1349-008 Lisboa

Telefone: +351 967555956

---

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pela pelo investigador principal. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Sim, aceito participar no estudo.

Nome: \_\_\_\_\_ Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR E OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

## **Anexo 2. Guião da Entrevista: Homofobia em Cuidados de Saúde Primários**

### **Guião da entrevista**

#### **Homofobia em Cuidados de Saúde Primários**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Habilitações Literárias:** \_\_\_\_\_

**Orientação sexual:** \_\_\_\_\_

**Unidade de saúde onde se dirigiu e teve contacto com enfermeiro, pela última vez:**

\_\_\_\_\_

#### **Questões:**

1. Pode me falar um pouco sobre a razão que o levou a contactar a instituição de saúde na última consulta? Qual o objetivo da sua ida?
2. O processo de colheita de dados relevantes sobre si pelo enfermeiro, foi realizado num local onde se sentiu seguro e que garantisse a sua privacidade?
3. Foi acompanhado/a pelo seu companheiro/companheira? Foi lhe dada a hipótese de entrar com ou sem o seu companheiro garantindo a sua privacidade e segurança?
4. Como se sentiu nessa situação, ao lado do seu companheiro?
5. Na sua opinião, considera ocorrerem situações de discriminação de género quando recorre a uma instituição de saúde? Pode descrever ou dar exemplos de situações?
6. O enfermeiro em algum momento no atendimento perguntou qual a sua identidade de género ou orientação sexual?
7. Caso tenha perguntado, acha que o deveria ter feito? Porquê?
8. No atendimento que lhe foi efetuado, considera que o facto de saberem a sua orientação sexual teria melhorado a qualidade do atendimento, valorizando alguns pontos específicos na sua saúde? Como foi a experiência?
9. Pode, em relação ao atendimento prestado pelo enfermeiro, explicar como foi essa experiência para si?

10. Já optou por esconder a sua orientação sexual no atendimento em saúde? Se sim, quais as razões?
11. Pode descrever, caso tenha sido o caso, de que forma ocorreu uma atitude ou ato discriminatório por parte do enfermeiro?
12. Esse comportamento tem alguma implicação na utilização dos cuidados de saúde? Quais as implicações? Qual a razão?
13. Quais são os seus sentimentos com relação ao apagamento da sua orientação sexual?
14. Acha que sendo gay, lésbica ou bissexual, os profissionais de saúde evitam o discurso relacionado com sexualidade ou orientação sexual? Quais as razões para isso acontecer?
15. Considera haverem cuidados específicos de saúde com maior importância no caso de se tratar de indivíduo gay, lésbica ou bissexual?
16. Considera que, caso tenha respondido que sim na resposta anterior, os profissionais valorizam esses cuidados específicos?
17. Como se sente quando o profissional de saúde utiliza comentários pejorativos em relação a orientação sexual?
18. Considera que no atendimento a um adolescente, os profissionais de saúde desvalorizam a orientação sexual?
19. Já presenciou alguma forma de discriminação de género enquanto esperava na instituição de saúde? Pode descrever, caso tenha presenciado?
20. Que sentimentos tem, em situações em que se sente discriminado por parte de enfermeiros que o estão a atender enquanto profissionais de saúde?
21. Sente que efetivamente tem os mesmos direitos que a restante população por parte dos enfermeiros em CSP?
22. Considera haver algum assunto relacionado com os cuidados de saúde que lhe são prestados que queira mencionar ou que considera relevante acrescentar na nossa entrevista?

Caso necessite de apoio, pode contactar:

### **Associação ILGA Portugal**

Apoio sobre Homossexualidade

21 887 61 16, Sextas-Feiras, das 21 às 24 horas

### **Serviço de Aconselhamento Psicológico da ILGA Portugal**

tlm: 927 247 468

Rua dos Fanqueiros, 38,3ºesq.

1100-231 Lisboa

### **PortugalGay.PT**

Dúvidas, sugestões e denúncias de homofobia

800 206 919

### **Apoio à Sexualidade**

Linha LGBT da ILGA Portugal – 21 887 39 22

Linha Telefónica de Apoio e Informação LGBT

- Quarta a sábado das 20h às 23h

- <http://www.ilga-portugal.pt/actividades/laish.php>

Consulta de sexologia da FPUL (Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa)

- Marcações: segunda a sexta das 11h às 12h30 e das 15h às 16h30

- Marcações no link abaixo ou através do 21 794 39 04

<https://www.psicologia.ulisboa.pt/servico-a-comunidade/servicosclinicos-2/#1517257421564-6b4ecfdb-2607>

**Sexualidade em linha** – 808 222 003 (chamada local)

- Linha de ajuda, anónima, confidencial e gratuita

Informação e aconselhamento na área da saúde sexual e reprodutiva

- Segunda a sexta das 11h às 19h e sábado das 10h às 17h

Sexualidade em Atendimento do Porto

- 22 200 17 98, às terças e quintas, das 19h às 23h

### **SOS Dificuldades Sexuais**

808 206 206

Dias úteis, das 18h às 22h

**Sexualidade Segura (Apoio Mecânico)**

800 202 120

**Gabinete de Sexualidade Juvenil (12 aos 30 anos)**

Consultas gratuitas, anónimas e confidenciais

Todas as quartas-feiras, das 10h às 13h

Serviços Desconcentrados de Lisboa (Rua de Moscavide Lt. 47101 Parque das Nações 1998-011  
Lisboa)

218 920 800, fax 218 920 800, [ipj.lisboa@ipj.pt](mailto:ipj.lisboa@ipj.pt)