FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

MARIA DOS MILAGRES FERNANDES GOMES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE PESSOAS HOMOAFETIVAS ACERCA DA EQUIDADE NO ATENDIMENTO

PATOS-PB
2012

MARIA DOS MILAGRES FERNANDES GOMES

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE PESSOAS HOMOAFETIVAS ACERCA DA EQUIDADE NO ATENDIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas - Faculdades Integradas de Patos, como requisito para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador: Profª Drª. Diracy de Araújo Vieira

PATOS-PB
2012

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DE PESSOAS HOMOAFETIVAS ACERCA DA EQUIDADE NO ATENDIMENTO

MARIA DOS MILAGRES FERNANDES GOMES

Aprovado em: _____/_____/_____

PROFª. DRª. DIRACY DE ARAÚJO VIEIRA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADORA)

PROFª. DRª. SUENNY FONSÊCA DE OLIVEIRA
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

PROFª. ESP. ALINE SILVA ANDRADE
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

PATOS-PB
2012

"Se você quiser alguém em quem confiar, confie em si mesmo. Quem acredita sempre alcança".

Renato Russo.

Dedico este trabalho a Deus, por nunca ter desistido de mim e a meus pais por todo o amor e pelo apoio incondicional em todos os momentos de minha vida.

"Eu não sei se você se recorda do seu primeiro caderno. Eu me recordo do meu. Com ele eu aprendi muita coisa. Foi nele que eu descobri que a experiência dos erros ela é tão importante quanto a experiência dos acertos. Porque visto de um jeito certo, os erros, eles nos preparam para nossas vitórias e conquistas futuras, porque não há aprendizado na vida que não passe pela experiência dos erros. Caderno é uma metáfora da vida. Quando os erros cometidos eram demais, eu me recordo que a nossa professora nos sugeria que a gente virasse a página, era um jeito interessante de descobrir a graça que há nos recomeços, ao virar a página os erros cometidos deixavam de nos incomodar e a partir deles a gente seguia um pouco mais crescido".

O caderno nos ensina que erros não precisam ser fontes de castigos. Erros podem ser fontes de virtudes. Na vida é a mesma coisa, o erro tem que estar a serviço do aprendizado, ele não tem que ser fonte de culpas, de vergonhas, nenhum ser humano pode ser verdadeiramente grande, sem que seja capaz de reconhecer os erros que cometeu na vida. Uma coisa é a gente se arrepender do que fez, outra coisa é a gente se sentir culpado. Culpas nos paralisam, arrependimentos não, eles nos lançam pra frente e nos ajudam a corrigir os erros cometidos. Deus é semelhante ao caderno, ele nos permite os erros para que a gente aprenda a fazer do jeito certo. Você tem errado muito? Não importa, aceite de Deus esta nova página de vida, que tem o nome de "hoje", recorde-se das lições do seu primeiro caderno. Quando os erros são demais, vire a página."

Padre Fábio de Melo

AGRADECIMENTOS

Agradecer é admitir que houve momentos em que se precisou de alguém. É reconhecer as palavras de apoio e incentivo, os gestos de compreensão, as atitudes de amor. Nessa etapa cumprida, muitas são as pessoas a agradecer.

Diante da minha enorme felicidade por ter este trabalho por entre minhas mãos, incialmente devo agradecer a Deus. A Ele agradeço por tudo que sou, por tudo que Ele me deu e por todas as pessoas maravilhosas que Ele colocou no meu caminho, obrigada por eu ter conseguido ultrapassar todos os obstáculos encontrados e por ter provado que eu sou capaz!

Agradeço aos meus pais: Antônio e Jovenilda, por confiarem em mim e permitirem tanto tempo de distância (desde os 17 anos). Sei que muitas vezes vocês precisaram que eu estivesse mais perto e que às vezes preferiram dizer que tudo estava bem pra eu não me preocupar. Espero recompensá-los por todo sacrifício que fizeram para eu estar aqui. Muito obrigada! Vocês são as pessoas mais importantes da minha vida. Meus queridos, eu sei que não puderam estar aqui na minha defesa hoje e compreendo. Mas saibam que eu não poderia estar aqui se não fosse por vocês.

Aos meus tios e também pais: Pepêta e Zezinho, pelo apoio, incentivo e todo amor a mim proporcionados. Agradeço por tudo que sempre fizeram e sei que continuarão fazendo por mim. Essa é uma vitória que também é de vocês! Eu os amo.

Aos meus irmãos: Josiane, Clésya, Francisco, Adriano e Luciano e as minhas irmãs adotivas Jailma, Joice, Janayna, Jaqueline e Jaíres, por todo o apoio e companheirismo em todos os momentos de minha vida.

Aos meus companheiros de graduação, que estiveram comigo durante estes quatro anos, cada um de vocês ficaram gravados em mim, de uma maneira única, em especial ao meu grupo de estágio: Anderson, Emmile, Érika, Everton, Jandeyse e Marília. Vocês tornaram essa caminhada mais feliz.

A Cleyde, Edjane, Jéssica, Junior, Kaic, Leninha, Luciana e Roberta, amigos que tanto amo e que espero manter sempre ao meu lado, apesar da distância física de cada um de vocês, eu sempre guardarei vocês no lugar onde ninguém poderá tirar: no coração.

A Karla Silva, pela sua dedicação, amizade, pelo apoio em diversos momentos da minha vida e pela colaboração ativa para a realização deste trabalho. Obrigada por tudo!

A Giglielli e Jakeline, por todos os momentos de alegria proporcionados, por serem mais que colegas, por serem amigas que levarei para sempre ao meu lado. Obrigado por existirem!

Aos meus amores: Anderson e Marília, por terem sido mais que especiais para mim, agradeço por cada momento que vivi ao lado de vocês, cada segundo foi mais que especial e isso só a gente entende! Então vale lembrar o nosso lema: “Para além da eternidade”, vocês sempre estarão comigo, nunca haverá alguma distância entre nós. Eu os amo!

A todos os professores que fizeram parte da minha jornada acadêmica, aqueles que estiveram comigo durante o meu curso de graduação e aos que estiveram antes disso. Sei que vocês foram essenciais na minha formação como profissional e como pessoa. Em especial, à Everson, pela participação ativa neste trabalho. Meu muito obrigado a todos vocês.

Ao Projeto Doutores Sorriso, por fazer de mim a profissional que hoje me torno, por me tornar desde o início do curso uma acadêmica e profissional com um olhar diferente, humanizado! Aos meus companheiros do projeto, que sempre foram e sempre serão a minha família, da forma que é para ser, com alegrias, desavenças, mas acima de tudo uma família! O engraçado é que é sério.

A todos os pacientes que atendi durante os meus estágios, a vocês eu dedico o meu saber e essa minha conquista, pois vocês foram fundamentais para a minha formação como profissional.

Aos meus queridos alunos de monitoria, com quem tanto aprendi, me diverti e fiz grandes amizades, saibam que vocês têm um lugar enorme dentro do meu coração. Amo vocês.

A minha orientadora Diracy Vieira, por todo o apoio, amizade incondicional e colaboração para a realização deste projeto.

Aos participantes desta pesquisa, cuja paciência e disponibilidade possibilitaram a concretização deste estudo.

A Suenny Fonsêca, por ter aceitado estar aqui hoje, colaborando para que este trabalho pudesse ser realizado da melhor forma possível. Obrigada pelo seu apoio e pela confiança em mim depositada, você foi muito importante para o meu crescimento acadêmico e pessoal. Obrigada!

E por fim, a minha querida amiga Aline Silva Andrade, minha irmã de coração. Não sei nem como te agradecer por tanto apoio e amizade. Você é um exemplo de profissional e de pessoa pra mim. Admiro-te muito! Quando eu crescer quero ser igual a você. Mas nem se iluda, você não está livre de mim. Obrigada por todas as horas que você esteve ao meu lado, por todas as conversas jogadas fora, os passeios, as pizzas, as risadas, e por acreditar em mim, por sofrer cada dor minha e sorrir a cada vitória. Tenho certeza que você também comemora agora mais este passo. Meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FFM – Fundação Francisco Mascarenhas

FIP – Faculdades Integradas de Patos

LGBT – Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PSF – Programa de Saúde da Família

SPSS - Statistical Packaget Social Science

SUS – Sistema Único de Saúde

GOMES, Maria dos Milagres Fernandes. **Sistema Único de Saúde: uma análise da percepção de pessoas homoafetivas acerca da equidade no atendimento.** Trabalho de conclusão de curso. Faculdades Integradas de Patos, PB, 2012. 57 p.

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema universal, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto de ações nas esferas federal, estadual e municipal, baseados nos princípios doutrinários de universalidade dos serviços, equidade na assistência à saúde e integralidade da assistência. A equidade tem por objetivo reduzir as desigualdades e assegura aos cidadãos a assistência de acordo com as necessidades de cada grupo, independente da orientação sexual, cor, raça ou religião. A Portaria Nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011 institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no âmbito do SUS, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, abolindo a discriminação e o preconceito e colaborando para a diminuição das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Portanto, objetivou-se nesse estudo analisar a percepção dos homoafetivos acerca da equidade no atendimento dos profissionais de saúde que trabalham na rede pública de saúde. A amostragem foi não probabilística, por conveniência, aleatória, composta por 30 homoafetivos na cidade de João Pessoa. O instrumento utilizado foi um questionário. A partir dos resultados encontrados identificou-se que os homoafetivos eram predominantemente do gênero masculino (60%), as profissões mais frequentes foram professores (23,3%) ou estudantes (23,3%), o grau de escolaridade era nível médio completo (40%), e a situação conjugal mais encontrada foi a de solteiro (63,3%). Sobre o atendimento da rede pública de saúde, 86,7% dos entrevistados relataram já terem utilizado o SUS e destes, 80,8% afirmou que o serviço mais utilizado foi a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ao se abordar sobre a equidade, 40% dos participantes relataram ter sofrido desconforto, sendo a falta de privacidade o mais relatado (66,7%). Ao se questionar sobre os que deixaram de procurar os serviços após ter sofrido desconforto, 73,3% dos participantes responderam não ter deixado de procurar a rede pública de saúde. No que tange a questão do nome social 90% dos participantes alegaram não possuir, e dentre os que possuem o nome, apenas 50% gostaria de ser tratado pelo nome social durante o atendimento de saúde. Sobre o recebimento de informações referentes aos direitos de saúde específicos da população homoafetiva, 60% da amostra alegou nunca ter recebido tais informações. Ao avaliar de uma forma geral a percepção destes sobre os serviços da rede pública de saúde, obteve-se uma avaliação que classificou esses serviços entre ruim (36,7%) ou bom (33,3%). Considera-se que o princípio da equidade e sua efetividade nas práticas de atendimento ainda deixam a desejar, visto que a satisfação quanto ao atendimento para os homoafetivos ainda é insuficiente. A avaliação dos serviços públicos de saúde para os homoafetivos é um importante fator a ser pesquisado, visto que as informações sobre os direitos dessa população ainda são pouco explorados e cabe também aos profissionais da rede pública de saúde adotar iniciativas mais éticas, tendo em vista a realização de um atendimento mais humanizado e respeitoso a todos os indivíduos, evitando atitudes homofóbicas.

Palavra chave: Equidade; Homoafetivos; Sistema Único de Saúde

GOMES, Maria dos Milagres Fernandes. **Sistema Único de Saúde: uma análise da percepção de pessoas homoafetivas acerca da equidade no atendimento.** Trabalho de conclusão de curso. Faculdades Integradas de Patos, PB, 2012. 57 p.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is a universal system, regionalized and hierarchical, which integrates a set of actions at the federal, state and municipal levels, based on the tenets of universal services, equity in health care and comprehensive care. Equity aims to reduce inequalities and ensure citizens assistance according to the needs of each group, regardless of sexual orientation, color, race or religion. Ordinance No. 2836, 1st December 2011 establishing the National Policy on Comprehensive Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender within SUS, with the goal of promoting the health of the LGBT population, abolishing discrimination and prejudice and helping to reduce inequality and to consolidate the SUS system as universal, comprehensive and equitable. Therefore, this study aimed to analyze the perception of homosexual about equity in health care professionals who work in public health. Sampling was non-probabilistic, convenience, random, comprised 30 homosexual in the city of João Pessoa. The instrument used was a questionnaire. From the results it was found that the homosexual were predominantly male (60%), the most common occupations were teachers (23.3%) or students (23.3%), schooling was complete secondary school (40%), and marital status was the most frequent single (63.3%). On the care of public health, 86.7% of respondents reported ever having used the SUS and of these, 80.8% said that the most used service was the Family Health Strategy (FHS). When addressing on equity, 40% of participants reported having suffered discomfort, and lack of privacy as reported (66.7%). When questioned about who left to seek the services after suffering discomfort, 73.3% of respondents had not ceased to seek the public health system. Regarding the name issue social 90% of participants claimed not to possess, and among those who have the name, only 50% would like to be treated by name during the social health care. On receipt of information regarding health rights homoafetiva specific population, 60% of the sample claimed never to have received such information. When evaluating a general perception about these services from public health, we obtained an evaluation that rated these services among poor (36.7%) or good (33.3%). We conclude that the principle of equity and effectiveness in service practices still fall short, as the satisfaction with the service for homosexual is still insufficient. The evaluation of public health services for the homosexual is an important factor to be investigated, since the information on the rights of this population are still poorly explored and it is also for professionals from public health initiatives to adopt more ethical, with a view to realization of a more humane and respectful to all individuals, avoiding homophobic attitudes.

Key-words: Equity; Homoafetivos; Health System

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição da amostra ao que se refere ao gênero..... 33
Tabela 2- Distribuição da amostra ao que se refere à profissão..... 34
Tabela 3- Distribuição da amostra ao que se refere ao grau de escolaridade..... 34
Tabela 4- Distribuição da amostra ao que se refere à situação conjugal..... 35
Tabela 5- Distribuição da amostra no que se refere à utilização dos Serviços do SUS e ao quanto ao Serviço Utilizado..... 36
Tabela 6- Distribuição da amostra no que se refere a presença de desconforto durante o atendimento na rede pública de saúde..... 37
Tabela 7- Distribuição da amostra quanto aos que deixaram de procurar o SUS após ter sofrido desconforto..... 38
Tabela 8- Distribuição da amostra ao que se refere à atribuição de nome social..... 38
Tabela 9- Distribuição da amostra no que se refere ao recebimento de informações sobre direitos de saúde específicos dos homoafetivos..... 39
Tabela 10- Distribuição da amostra no que se refere à avaliação do atendimento público de saúde..... 40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... 14

CAPITULO 1. ORIGENS E CONCEITOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE... 18
1.1 ACOLHIMENTO NO SUS..... 20
1.2 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS..... 21

CAPITULO 2. HOMOAFETIVIDADE..... 23
2.1 SAÚDE PÚBLICA E PESSOAS HOMOAFETIVAS..... 24
2.2 LEIS E DIREITOS À SAÚDE DE PESSOAS HOMOAFETIVAS..... 25

CAPITULO 3. MÉTODO..... 29
3.1 TIPO E LÓCUS DO ESTUDO..... 29
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA..... 29
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO..... 30
3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS..... 30
3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS..... 30
3.6 ANÁLISE DOS DADOS..... 30
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS..... 31
3.8 RISCOS E BENÉFICIOS DA PESQUISA..... 31

CAPITULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... 33

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 42

REFERÊNCIAS..... 44

APÊNDICES..... 48
APENDICE A..... 49
APÊNDICE B..... 51
APEDICE C..... 52

ANEXOS..... 53
ANEXO A..... 54
ANEXO B..... 55
ANEXO C..... 56

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O amor e o erotismo entre pessoas do mesmo sexo eram considerados como "o mais torpe, sujo e desonesto pecado", e devido a isso, Deus punia a humanidade com epidemias, enchentes, terremotos. A intolerância revolucionária da Santa Inquisição[1] condenava à morte os casais do mesmo sexo. Inicialmente eram punidos a pedradas, em seguida, na fogueira (MOTT, 1980; MOTT, 2006).

Segundo Soares (1990), em diversos materiais de Sexologia Forense e Medicina Legal, usados em cursos de direito, a homoafetividade permanece sendo preconceituosamente referida como "homossexualismo" e "pederastia", avaliada como algo monstruoso, anormal e patológico.

Em 1984, a Associação Brasileira de Psiquiatria aprovou a resolução considerando que a homoafetividade não sugere perda do entendimento, equilíbrio, credibilidade ou das competências sociais e vocacionais, motivo pelo qual se opõem a toda discriminação e preconceito, tanto no âmbito público como no privado, contra os homoafetivos de ambos os sexos (MOTT, 2006).

De acordo com Brandão e Santana (2011), para conservar o equilíbrio do corpo, o ser humano precisa de alimentação. Esta abrange a fome biológica, espiritual, psicoemocional, da essência humana. Deste modo, para saciar a fome do corpo, o ser humano precisa de alimentos, porém a fome da alma é saciada por meio de gestos afetuosos, procedendo na satisfação do ego, entre distintas ações que engrandeçam ou tragam felicidade. A não saciedade de ambas as "fomes" pode surgir vinculada a patologias psíquicas, como depressão ou ainda a morte, através do suicídio. Nessa procura pelo equilíbrio biopsicossocial, os homoafetivos buscam o seu direito de serem reconhecidos pela sociedade como seres humanos que são. Entretanto, existem as pessoas conservadoras que se manifestam contra esse ideal, surgindo assim, conflitos.

Conforme Lionço (2008), a saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, não obstante, um ideal, sendo a realidade brasileira atravessada por iniquidades que necessitam ser condenadas com atos que sugiram reverter quadros de exclusão e da violação de direitos humanos básicos, na expectativa da promoção da equidade para diferentes grupos sociais.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem oferecido resultados positivos com relação aos princípios de universalização e descentralização, como também no que se refere à ampliação

[1] **Santa Inquisição** foi uma espécie de tribunal religioso criado na Idade Média para condenar todos àqueles que eram contra os dogmas pregados pela Igreja Católica (FARIA, 2012).

da cobertura dos serviços de saúde. Porém ainda encontra dificuldade para a garantia de qualidade, equidade e na resolutividade das assistências ambulatorial e hospitalar, sobretudo devido à falta de profissionais capacitados para oferecer assistência integral à saúde (BADUY; OLIVEIRA, 2001).

Adotando como parâmetro a perspectiva expandida da saúde, tal como recomendada como direito de cidadania pela Constituição de 1988, a atenção à saúde da população homoafetiva não deve ser analisada apenas do ponto de vista epidemiológico. Especialmente, perante a insuficiência dos subsídios de pesquisas em saúde dessa população, devem ser consideradas as condições e aspectos sociais associadas à população homoafetiva, compreendendo que as ofensas à saúde dessas frações populacionais estão, em sua maioria, determinadas socialmente. O direito a não discriminação, assim como o direito à dignidade, são direitos humanos fundamentais, sendo sua violação decisiva para a exclusão ou comprometimento do acesso a outros direitos, dentre eles o direito à saúde (LIONÇO, 2008).

Nesse direcionamento, um dos princípios do SUS é a equidade, que garante que a saúde é um direito de todos, independentemente de raça, orientação sexual, classe social ou crença religiosa. No entanto, será que o atendimento na rede pública de saúde para a população dos homoafetivos é condizente com o princípio da equidade do SUS?

Desta forma, a homoafetividade é um tema gerador de um índice elevado de polêmicas tanto no âmbito social e cultural, como também na atenção à saúde. E tendo em vista a necessidade de resolução e até mesmo a escassez de pesquisas nessa área que ainda encontra-se reprimida, justifica-se a necessidade de realizar novos estudos a respeito do atendimento a essas pessoas no setor público de saúde, bem como uma análise sobre a existência ou ausência de um atendimento humanizado direcionado a esta demanda.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral: analisar a percepção dos homoafetivos acerca da equidade no atendimento dos profissionais de saúde que trabalham no Sistema Único de Saúde (SUS) e como objetivos específicos: descrever o perfil bio demográfico dos sujeitos da pesquisa, rever o princípio de equidade do SUS e sua efetividade na prática dos atendimentos e comparar o princípio da equidade do SUS com a percepção do atendimento dos homoafetivos.

Partindo desse pressuposto, pode-se afirmar que este estudo é de grande relevância, tendo em vista que o mesmo visa analisar como os homoafetivos tem percebido o atendimento dos profissionais de saúde do SUS no que se refere ao princípio da equidade, observando-se o vigor da lei contra o preconceito, instituindo um atendimento humanizado a esta parte da população, além de contribuir para a melhoria do atendimento e, ao mesmo

tempo, servir para sensibilizar os profissionais de saúde no intuito de propiciar uma visão holística junto ao tema, minimizando assim atitudes homofóbicas e antiéticas diante desta população.

No capítulo 1 serão enfatizadas as origens e os conceitos do Sistema Único de Saúde, abordando assim a criação dos SUS e as questões referentes ao acolhimento e ainda os princípios doutrinários que regem esse sistema.

No capítulo 2 será abordada a homoafetividade e seus conceitos, e ainda temas voltados para a saúde pública e pessoas homoafetivas, bem como as leis e os direitos à saúde específicos direcionados a essa população.

No capítulo 3 será descrito o método utilizado para a realização deste estudo, por meio da descrição do tipo e lócus do estudo, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, instrumentos da coleta de dados, procedimentos da coleta de dados, procedimentos éticos e os riscos e benefícios da pesquisa.

No capítulo 4 serão mostrados os resultados e as discussões, através do qual pode-se observar os dados obtidos no estudo e sua relação com os dados encontrados na literatura.

No capítulo 5 serão apontadas as considerações sobre esta pesquisa, apresentando ainda algumas sugestões para a realização de pesquisas futuras.

CAPITULO 1. ORIGENS E CONCEITOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1 ORIGENS E CONCEITOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A saúde, ainda quando percebida como um bem público, sem o caráter de mercadoria, como se sucede no Sistema Único de Saúde (SUS), visto que é tida como um direito universal, mesmo nesses casos, mantém o estilo de valor de uso. Ou seja, de um produto socialmente instalado. O SUS, desta forma, tem origens históricas nas batalhas sociais dos anos 70 e 80 acoplado à emergência de todo um conjunto de novos indivíduos que viriam a marcar a cena do período, provocando relevantes modificações que se fazem ainda presentes nos dias de hoje (GOLVEIA; PALMA, 1999).

A saúde sendo um dos mais importantes direitos inerentes ao ser humano é observada na Constituição Federal, considerada o "nascedouro" das normas essenciais à saúde, concede esse direito juntamente com seus mais profundos fundamentos, e imprescindivelmente é por ela que todos os cidadãos podem e devem cobrar o cumprimento de suas cláusulas, têm-se esse direito consagrado e evidenciado com bastante clareza do art.196 ao art. 200, nos quais falam do direito a saúde e das obrigações do Estado para com a população (CANOTILHO, 2003).

As desigualdades em saúde refletem as desigualdades sociais, e, em função da efetividade das ações de saúde, a igualdade no uso de serviços de saúde é uma condição importante, porém não é suficiente, para diminuir as desigualdades existentes entre os grupos sociais no adoecer e morrer (TRAVASSOS, 1997).

O processo de implantação do SUS teve que lidar com inúmeras limitações, visto que representava uma proposta de ação renovada em saúde, quando na verdade os profissionais não haviam sido formados de acordo com o modelo de promoção à saúde, como também os gestores deparavam-se com inúmeras dúvidas ao tentar adequar a estruturação de ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos destinados para esta finalidade (MACHADO et al., 2007).

O SUS constitui hoje a mais importante e avançada política social em curso no país. E seu caráter público, universal, igualitário e participativo é um interessante exemplo – em tempos de desmonte do setor público – de uma proposta democrática e popular de reforma do Estado (GOLVEIA; PALMA, 1999).

A implantação do SUS requer uma sociedade em que todos os cidadãos apresentem um padrão de vida digno. É complicado se pensar em um sistema de saúde universal e

equitativo em um país, como o Brasil, onde para muitos faltam até mesmo as condições de sobrevivência (SOUZA, 2009).

1.1 ACOLHIMENTO NO SUS

Para que se obtenha a concretização de uma prática que atenda à integralidade, é necessário praticar o trabalho em equipe de forma efetiva, desde o processo de formação do profissional de saúde. É necessário estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a interdisciplinaridade (e multidisciplinaridade) entre os diversos conhecimentos formais e informais, que colaborem para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. O atendimento de forma integral ultrapassa a estrutura de organização hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade verdadeira da atenção individual e coletiva garantida aos usuários do sistema de saúde, requisita a obrigação com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al., 2007).

A relação e o vínculo dos profissionais de saúde com os componentes da comunidade, usuários dos serviços, dá-se através de ações, reações e efeitos que originam novas circunstâncias e proporcionam novos desafios em um processo ininterrupto de procura por atenuar ou superar problemas e obstáculos (MOREIRA et al., 2002).

Segundo Escorel (2000), a amizade, boas relações sociais e redes de apoio social intensas, melhoram a saúde em casa, no trabalho e na comunidade. O apoio social auxilia por fornecer às pessoas recursos emocionais e práticos indispensáveis. Fazer parte de uma rede social faz as pessoas se sentirem cuidadas, queridas e valorizadas e isso tem um influente efeito protetor da saúde, segundo o autor, o acesso ao apoio emocional e material varia com o status social e econômico.

O acolhimento como atitude e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, desde a análise dos procedimentos de trabalho, favorece a criação de uma relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços de saúde e possibilitam ainda as melhorias na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública fundamental para a população brasileira (BRASIL, 2010).

De acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, é direito de todo cidadão receber um atendimento de saúde acolhedor, de maneira humanizada, livre de discriminação, restrição ou negação devido à idade, raça, cor, orientação sexual, identidade de gênero,

genética, nível social, situação de saúde, ser portador de doença ou pessoa com deficiência. Garantindo-lhes a identificação pelo nome e sobrenome, devendo haver em todo documento de identificação do usuário um campo para se anotar o nome pelo qual escolhe ser chamado, independentemente do registro civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso (BRASIL, 2007).

1.2 PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS DO SUS

O SUS é uma consequência de um processo de lutas políticas e setoriais capitaneadas pelo movimento sanitário brasileiro, que objetiva garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. Recomenda, como horizonte, a superação dos limites do modelo médico-assistencial privatista, baseado na especialização do profissional e na ênfase à enfermidade e no processo de cura. Nessa nova dimensão, a inclusão do conceito mais amplo de saúde, que a integra às condições de vida, guia a formulação e a implementação de estratégias que proporcionem um serviço de saúde universal, integral, eficaz, disciplinada, competente, com equidade e participação da população (RESENDE et al., 2009).

A Saúde Pública é disciplinada pela lei 8.080/1990, mediante credenciamento junto à administração pública, sendo regida, exclusivamente, pelos princípios e normas do direito público, tendo acesso universalmente garantido a todos os cidadãos, não apenas brasileiros, como também a estrangeiros, ainda que estejam apenas passageiramente pelo país (Arts 196 e 198 da CRFB).

Tratando-se da saúde publica, é válido salientar o que está expresso no art.196 da Constituição Federal:

> A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Constituição Federal, p. 20).

De acordo com os princípios e diretrizes do SUS, o artigo 7º da Constituição Federal, deixa explícitas as seguintes cláusulas:

> “III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

> IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie" (BRASIL, 2003. p. 25).

Essas propostas foram transformadas, na Carta Magna, em direito à saúde, o que implica dizer que cada um e todos os brasileiros devem estabelecer e desfrutar de políticas públicas econômicas e sociais que diminuam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, implicando deste modo, a um atendimento integral à saúde do cidadão (BRASIL, 2003).

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, é, no entanto, um ideal, sendo a realidade brasileira interrompida por iniquidades que devem ser combatidas com atitudes que proponham reverter os quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na expectativa do alcance da promoção da equidade para os distintos grupos sociais existentes (LIONÇO, 2008).

Estabelecer e implementar um sistema de saúde estruturado sob os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, tendo como diretrizes a descentralização da gestão, a regionalização e hierarquização do planejamento e oferta dos serviços de saúde e o controle social implica, necessária e obrigatoriamente, uma mudança radical de concepção, de mentalidade no tocante à compreensão da saúde e sua dimensão e, consequentemente, em relação ao fenômeno da vida (RESENDE et al., 2009).

Assim, o conhecimento de equidade não aparece explicitamente como princípio, seja na Constituição Federal seja na legislação referente ao SUS, mas é assegurado atualmente um conceito-chave para problematizar as barreiras que tornam inviáveis ou retardam a obtenção da universalidade e da integralidade, tendo em vista superar desigualdades no acesso e no cuidado que, distante do ideal, configuram a realidade do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006).

O conhecimento de equidade se associa de modo distinto à igualdade e, especialmente, à justiça, no sentido de propiciar a correção daquilo em que a igualdade agride e, consequentemente, naquilo que a justiça deve realizar. Vista nesse sentido, a equidade requer igualdade para causar resultados, pois se constitui exatamente em corretora da situação de igualdade, na medida em que a adoção deste recurso se mostre imperfeita diante dos objetivos da promoção da justiça (ELIAS, 2005).

CAPITULO 2. HOMOAFETIVIDADE

2 HOMOAFETIVIDADE

A união entre pessoas do mesmo gênero vem contemplar apenas um em meio a vários aspectos dessa heterogeneidade que compõe a sociedade brasileira. É imprescindível que se preencha a lacuna jurídica existente com o intuito de que se resguarde a dignidade da pessoa humana e se promova a visibilidade dessa relação, com o respaldo e respeito de toda a sociedade. O Brasil é um país no qual os homossexuais, de ambos os gêneros, têm enfrentado extrema hostilidade. Frequentemente ocorre um homicídio violento a estes. Ora, as pessoas com orientação homossexual tem a mesma necessidade de segurança e proximidade que pessoas com orientação heterossexual e precisam ter direito ao mesmo apoio nas relações estáveis (ROCHA, 2007).

A palavra preconceito pode ser definida como um conjunto de conceitos pré-existentes já ajustados ao nascimento do ser humano. A criança, em seu desenvolvimento biopsicossocial, criado em meio à discriminação à “homoafetividade” e “homoeroticidade”, o indivíduo possuirá o pré-conceito condizente com a realidade na qual ele foi criado, rejeitando as diferenças de orientação sexual, podendo agir com gestos de desprezo ou até mesmo de violência contra “homoafetivos” e “homoeróticos”, visto que a cultura brasileira não possui ainda solidificada, a mudança dos pré-conceitos formados, relacionados aos homoafetivos, e este processo de mudança provoca conflitos entre a parte defensora da mudança e a parte defensora da conservação (BRANDÃO; SANTANA, 2011).

Vários indivíduos com orientação sexual homoafetiva cresceram em um ambiente de isolamento emocional, social e até mesmo cognitivo, que os incentivaram a interiorizar uma série de estereótipos, vividos como fracassos, restrições, falhas ou empecilhos. Este prejuízo em nível da autoconfiança pode ser contrabalançado com a adoção de comportamentos de saúde, isto é, para compensarem a “falha” de serem homoafetivos, estabelecem uma saúde física livre de falhas, comprovando para si mesmos que é admissível, apesar de tudo, serem homoafetivos (PEREIRA; LEAL, 2002).

Segundo Ferraz e Kraiczyk (2010), ao se atribuir conceitos para as diferenças sexuais, categorizando e contemplando distintamente características femininas e masculinas, as culturas e sociedades modificam a diferença sexual em desigualdades que se propagarão em todas as dimensões da existência humana, principalmente no que tange as formas de adoecer e morrer. A inclusão das particularidades da população masculina, o debate sobre gênero e saúde tem se expandido ainda no intuito de destacar a variedade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que compõem a diversidade humana, para além da

categorização dos sujeitos em homens e mulheres exclusivamente a partir de seu sexo biológico.

2.1 SAÚDE PÚBLICA E PESSOAS HOMOAFETIVAS

Na 11ª Conferência Nacional de Saúde, os princípios da integralidade assistencial, da humanização e da equidade foram repetidos, estabelecendo-se como objetivos para a concretização do SUS, como também a necessidade de fortalecer o caráter público das ações e serviços de saúde e a responsabilidade do Estado, determinada na Constituição Federal, no fornecimento da saúde ao povo. O segundo e terceiro princípios da Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, criada pelo Ministério da Saúde, informa o cidadão sobre o direito a um tratamento apropriado para seu problema de saúde. Ainda se refere à necessidade de um atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação (BRASIL, 2007).

A discriminação é "toda distinção ou preferência baseada na raça, cor, gênero, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha por efeito abolir ou alterar a igualdade de oportunidades ou de tratamento" (BRASIL, 2009). Já o preconceito é toda "atitude negativa que contém uma predisposição à ação e se anuncia a partir de um julgamento prévio de pessoas estigmatizadas por atributos conferidos a ela ou ao grupo a que pertence". Preconceito e discriminação diferem. A discriminação pode ser proibida por leis, normas e políticas públicas, porém não tem como proibir o preconceito. Assim, é preciso inibir por meios legais as práticas discriminatórias, e lutar pela consolidação da consciência ética, por meio de ações educativas, visando à superação dos preconceitos (Idem, 2009).

O campo da saúde não é privativo de nenhum núcleo profissional, na medida em que o cuidar de pessoas se compõe em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os distintos atores envolvidos na produção do cuidado (HENRIQUES; PINHEIROS, 2004). Segundo Cordeiro (2001), deve-se considerar deste modo, a diversidade dos determinantes do nível de saúde em termos geográficos, econômicos, sociais, culturais e demográficos, além das necessidades e do estado presente da oferta, acessibilidade e qualidade almejáveis dos serviços de saúde.

Entender a determinação social no processo saúde-doença das pessoas e sociedades requer admitir que a exclusão social que ocorre devido ao desemprego, da ausência de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, de forma direta, na qualidade de vida e de saúde. Exige ainda o reconhecimento de que todas as formas de discriminação como no caso das homofobias que

envolve lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2010).

As relações entre a população GLBT e os serviços de saúde podem ficar prejudicadas. Isso acontece quando, por exemplo, existem condutas homofóbicas por parte das equipes de saúde, quando componentes da população GLBT não se sentem acolhidos ou bem orientados, e ainda quando estes não se sentem à vontade para revelar sua orientação sexual. Além disso, os próprios homoafetivos podem estar emocionalmente fragilizadas por terem vivenciado ou por estarem convivendo com situações de preconceito que as desencorajam a acreditarem e a adotarem as orientações oferecidas pelos serviços de saúde (SANTOS et al., 2010).

O conhecimento de igualdade só se torna completo se compartilhado com a noção de equidade. Não basta ser um modelo universal se este não permitir o direito à diferença. Não se trata mais de um modelo homogêneo, mas de um modelo equânime (SPOSATI, 1999). Ambos os conceitos, igualdade e equidade, surgem do princípio de que a humanidade é diversificada, plural, que os seres humanos diferem entre si em suas individualidades, identidades e necessidades (ESCOREL, 2000).

Enfrentar toda a discriminação e exclusão social sugere promover a democracia social, e, do mesmo modo, determina expandir a consciência sanitária com mobilização em torno da defesa, do direito à saúde e dos direitos sexuais como componente fundamental da saúde (BRASIL, 2010).

Diante deste contexto, tem-se a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT, visto que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações LGBT's (BRASIL, 2011).

2.2 LEIS E DIREITOS À SAÚDE DE PESSOAS HOMOAFETIVAS

A Política LGBT é composta por uma série de diretrizes cuja operacionalização necessita de planos que contenham estratégias e metas sanitárias. Na prática desse processo deverão ser implementadas ações com o intuito de acabar com a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Este deve ser um compromisso ético-político para todas as instâncias do SUS, de seus gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 2010).

O reconhecimento da complexidade da saúde da população LGBT exigiu que o movimento social articulasse juntamente com outras áreas do Ministério da Saúde e, consequentemente, expandisse o conjunto de suas demandas em saúde. A construção desta Política representa esse novo momento, resguardando as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e de transexuais no que se refere ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

A Portaria Nº 20836 de 1 de Dezembro de 2011, institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população homoafetiva, extinguindo a discriminação e o preconceito institucional e cooperando para a diminuição das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema: a) universal, no qual todas as pessoas têm direito ao atendimento independente da cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego ou renda; b) integral, garantindo ao cidadão o direito de ter acesso a todos os níveis de atenção à saúde, como também uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade;e c) equitativo, garantindo igualdade da atenção à Saúde, sem privilégios ou preconceitos (BRASIL, 2011).

Atendendo às necessidades de saúde de contingentes significativos da população anteriormente excluídos do sistema, é possível atribuir ao SUS a diminuição de desigualdades no acesso aos serviços, tornando a atenção menos injusta, ainda que muito distante do seu ideário igualitário. Quando a equidade for concebida na perspectiva da ética e da justiça, esta tem um amplo potencial de alcançá-la, não obstante as histórias de iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em momentos de globalização (PAIM, 2006).

A Portaria Nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo de promover a saúde integral da população LGBT, abolindo a discriminação e o preconceito institucional e colaborando para a diminuição das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2011).

A Portaria supracitada visa estabelecer mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres. Além

de ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo a essa população o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades, objetivando ainda garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta de Direitos dos Usuários de Saúde. Compete aos órgãos Federal, Estadual e Municipal, planejar, programar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT e incentivar a criação de espaços de promoção de equidade em saúde nos estados e municípios (BRASIL, 2011).

CAPITULO 3. MÉTODO

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA E LÓCUS DO ESTUDO

O presente estudo se trata de uma pesquisa descritiva, aplicada, quantitativa, não probabilística, por conveniência. Realizada no segundo semestre de 2012, em uma Associação de Homoafetivos na Cidade de João Pessoa no litoral da Paraíba, com a inclusão da pesquisadora no ambiente, para coleta de informações do objeto de pesquisa no dia e hora marcados pela direção da associação.

Segundo Andrade (2009), a pesquisa aplicada é um estudo que objetiva a aquisição de conhecimento relacionada a problemas práticos dirigidos a solução de problemas específicos. No método quantitativo os dados são coletados em números e realiza uma análise estatística dos resultados. Quantificando as informações através da coleta e análise de dados (NEVES; DOMINGUES, 2007). Para Dyniewicz (2009) esta abordagem prevê a mensuração de variáveis preestabelecidas pra verificar e explicar sua influência sobre outras mediante a análise de frequência de incidências e índices estatísticos.

A pesquisa descritiva investiga a frequência, as causas, as características e a natureza de um determinado acontecimento e neste tipo de pesquisa não ocorrem interferências do pesquisador (BARROS; LEHFELD, 2007).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A pesquisa se desenvolveu em uma associação de homoafetivos na cidade de João Pessoa, Paraíba, e a população foi constituída por 30 homoafetivos voluntários que aceitaram fazer parte da pesquisa. Os participantes foram selecionados por meio de uma amostragem não probabilística, por conveniência.

Amostra não probabilística ou amostra por conveniência é um método de seleção informal, utiliza-se da abordagem quantitativa. As escolhas dos elementos de análise não precisam de uma base estatística, porém das causas ocorridas por critérios pessoais (SEVERINO, 2007).

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram pessoas acima de 18 anos, homoafetivas, que tem sua orientação sexual assumida diante da sociedade, que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) e que já foram atendidos pelos SUS.

Os critérios de exclusão foram pessoas que possuíam planos de saúde privado ou que se recusam a participar da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTOS DA COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu com a aplicação de um questionário (APÊNDICE C), com a amostra na cidade de João Pessoa. Para caracterizá-la, o questionário conteve questões biodemográficas, e seguiu um roteiro com questões objetivas e subjetivas para analisar a percepção dos homoafetivos acerca da equidade no atendimento do SUS.

3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada após a autorização do presidente da associação da homoafetivos que assinou o Termo de Autorização Institucional (TAI), em seguida houve a adesão ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos homoafetivos, sendo esclarecido a estes os critérios de participação do estudo.

A aplicação do questionário se deu durante a realização de um evento, na qual a participação do pesquisador deu-se como ouvinte, observando as atividades realizadas pelos mesmos. Desta forma, a entrevista ocorreu de forma não aleatória com os participantes que após uma breve explicação informal sobre a pesquisa, aceitaram participar da mesma, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados e tabulados utilizando o programa computacional, *Statistical Packaget Social Science* (SPSS for Windows versão 18.0). Neste foram realizadas estatísticas descritivas como média, frequência, desvio padrão e percentual e confrontando os resultados encontrados com a literatura.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente. Esta Resolução incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa, expediram concordância documentada assinando o TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o voluntário e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

3.8 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A realização desta pesquisa representou um risco mínimo para a integridade dos participantes da mesma, presumindo que pudesse haver algum tipo de desconforto durante a realização da entrevista. Caso isso houvesse acontecido, o mesmo seria atenuado através de um diálogo com esclarecimentos sobre a pesquisa, resolvendo-se a situação da melhor forma possível.

Este estudo poderá trazer benefícios para os participantes, pois ele irá gerar uma base de dados atualizada sobre o tema abordado, como também será feita uma análise da aplicação de políticas de saúde na assistência médica às pessoas homoafetivas, e uma pesquisa sobre a existência de programas de inclusão dessas pessoas ao programa de saúde estatal, tudo isso visando uma melhora na qualidade do atendimento público de forma respeitosa e humanitária.

CAPITULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Objetivou-se no estudo avaliar a percepção dos homoafetivos acerca da equidade no atendimento dos profissionais do Sistema Único de Saúde, para a identificação de possíveis falhas no atendimento para essa população.

Os resultados e discussões obtidos no estudo estão organizados em duas etapas: a primeira analisa o perfil geral dos homoafetivos participantes da pesquisa e a segunda avalia a percepção destes no que se refere ao atendimento dos profissionais no serviço público de saúde, sendo estes resultados expressos em porcentagem.

4.1 PERFIL GERAL DOS PARTICIPANTES

A pesquisa deu-se apresentando um universo de 30 participantes homoafetivos, membros de um movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis (LGBT), situado na cidade de João Pessoa.

Ao se analisar o perfil geral dos participantes, foi encontrado uma porcentagem de 40% do gênero feminino e 60% do gênero masculino, conforme nos mostra a **tabela 1**:

Tabela 1- Distribuição da amostra ao que se refere ao gênero

Gênero	N	%	% ac
Feminino	12	40	40
Masculino	18	60	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

A pesquisa se constituiu em sua maioria por participantes do gênero masculino. A variável gênero é um importante fator a ser estudado, visto que existem particularidades referentes a cada gênero, em seus diversos aspectos.

Ao impor significados para as diferenças sexuais, categorizando e apreciando distintamente características femininas e masculinas, as mais diferentes culturas e sociedades transformam a diferença sexual em desigualdades que se propagarão em todas as dimensões da existência humana, inclusive nas formas de adoecer e morrer. A inclusão das particularidades da população masculina, o debate sobre gênero e saúde tem se expandido ainda no intuito de destacar a variedade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que compõem a diversidade humana, para além da categorização dos sujeitos em

homens e mulheres exclusivamente a partir de seu sexo biológico (FERRAZ; KRAICZYK, 2010).

A **tabela 2** se refere às profissões dos homoafetivos participantes da amostra. Pode-se observar que os entrevistados foram em sua maioria estudantes (23,3 %) e professores (23,3 %). Dentre as outras profissões encontradas, 16,7 % constituiu-se por cabeleireiros, 10% foram profissionais da saúde e 26,7% se enquadrava em profissões distintas.

Tabela 2- Distribuição da amostra ao que se refere à profissão

Profissão	N	%	% ac
Professor	7	23,3	23,3
Estudante	7	23,3	46,7
Cabeleireiro	5	16,7	63,3
Profissional da saúde	3	10	73,3
Outros	8	26,7	100
total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Com relação ao grau de escolaridade dos homoafetivos, a **tabela 3** mostra que os sujeitos da amostra em sua maioria possuíam ensino médio completo (40%), e ainda 33,3% possuía ensino superior incompleto (33,3%).

Tabela 3- Distribuição da amostra ao que se refere ao grau de escolaridade

Escolaridade	N	%	% ac
Superior Completo	6	20	20
Superior Incompleto	10	33,3	53,3
Médio Completo	12	40	93,3
Médio Incompleto	2	6,7	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Os resultados obtidos na **tabela 2** confrontam com a literatura, que caracteriza os homoafetivos em sua maioria como profissionais do sexo.

No estudo realizado por Zambrano (2006), além da baixa escolaridade observada, onde poucos completaram o primeiro grau, a profissão das entrevistadas que, com exceção de uma, são ou foram profissionais do sexo.

Já quando se fala em grau de escolaridade, os dados encontrados na **tabela 3** corroboram com a literatura, onde segundo o estudo realizado por Santos et al, (2005) mostra que a população analisada no estudo possui alto grau de escolaridade, Apesar da sociedade apresentar intenso preconceito quanto ao homossexual, identificando-o de maneira estigmatizada como, "indivíduo nocivo" ao convívio social; pode-se deduzir baseado neste

estudo, que estes tenham alto grau de escolaridade e são sujeitos que colaboram para o desenvolvimento desta sociedade, que os discrimina e os impede de se expressarem livremente (SANTOS et al, 2005).

No que se refere à situação conjugal, a prevalência desta variável nos sujeitos da amostra foram de solteiros, com uma porcentagem de 63,3% dos entrevistados, seguido pela situação de conviventes com uma porcentagem de 33,3% e em menor quantidade foi encontrados viúvos, com um percentual de 3,3%, conforme mostrado na **tabela 4**:

Tabela 4- Distribuição da amostra ao que se refere à situação conjugal

Conjugal	N	%	% ac
Solteiro	19	63,3	63,3
Convivente	10	33,3	96,7
Viúvo	1	3,3	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Os dados obtidos neste estudo apontam para uma prevalência de homoafetivos solteiros (63,3%), seguido pela situação de convivente (33,3%). Neste caso, foi observada uma quantidade considerável de sujeitos da amostra (10) na situação de convivente.

Segundo Moreira (2004), avaliar uma relação homoafetiva corresponde a falar, antes de qualquer coisa, da dinâmica inerente ao desenvolvimento do compromisso e dos laços afetivos entre esses indivíduos. Embora não seja uma maneira institucionalizada de relacionamento, as informações indicam que o casal homossexual regulamenta a gestão da sua intimidade baseado em valores sociais abrangentes, sobretudo, amor, amizade, confiança e companheirismo.

4.2 PERCEPÇÃO DOS HOMOAFETIVOS SOBRE O ATENDIMENTO DE SAÚDE

Ao questionar-se sobre a utilização dos serviços públicos de saúde, pôde-se observar que 86,7 % dos entrevistados relataram já ter utilizado de alguma maneira os serviços do SUS, enquanto 13,3% responderam nunca ter utilizado nenhum serviço público de saúde.

Dentre os que responderam já terem de alguma forma utilizado o SUS, foi observado que este serviço foi em sua maior parte a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com um percentual de 80,8%, popularmente conhecido como “PSF”, e os demais relataram terem utilizado diretamente o hospital. Conforme pode ser observado na **tabela 5**:

Tabela 5- Distribuição da amostra no que se refere à utilização dos Serviços do SUS e ao quanto ao Serviço Utilizado

Questionamento I	N	%	% ac
Sim	26	86,7	86,7
Não	4	13,3	100
Total		100	

Serviço Utilizado	N	%	%ac
ESF	21	80,8	80,8
Hospital	5	19,2	100
Total	26	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Vale salientar que os participantes que relataram nunca terem utilizado o SUS, foram mantidos na pesquisa devido ao fato de que estes certamente não têm conhecimento da dimensão de serviços que o SUS abrange, deste modo, estes utilizaram mesmo que de forma inconsciente pelo menos alguns dos serviços prestados, como por exemplo, uma visita de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável pela sua área, ou mesmo um serviço de vigilância sanitária em um supermercado onde os mesmos realizam suas compras.

De acordo com Santos (2010), em todos os espaços de atendimento à saúde, o acolhimento é imprescindível. É a hora da primeira impressão e esse serviço precisa ser afetuoso neste contato inicial ao seu usuário. E neste momento, o profissional precisa estar imune de juízos de valor e livre de preconceitos. Um profissional da saúde que age a partir de uma lógica mais discriminatória ou que não esteja compassivo às necessidades de saúde da população homoafetiva, dificilmente poderá proporcionar uma atenção à saúde de forma humanizada e de qualidade.

Na **tabela 6** os participantes foram interrogados se já haviam sofrido durante o atendimento na rede pública de saúde algum desconforto, constrangimento ou dificuldade devido à sua orientação sexual, e ainda, se a resposta fosse positiva, qual a situação em que o participante se enquadra. Os resultados obtidos mostraram que 40% dos participantes já sofreram algum tipo de desconforto ou constrangimento, enquanto 60% relataram não terem sofrido nenhum tipo de desconforto.

Tabela 6- Distribuição da amostra no que se refere a presença de desconforto durante o atendimento na rede pública de saúde

Questionamento II	N	%	% ac
Sim	12	40	40
Não	18	60	100
Total	30	100	

Desconforto	N	%	%ac
Falta de privacidade	8	66,7	66,7
Descaso	2	16,7	83,3
Mau atendimento	1	8,3	91,7
Não relatou	1	8,3	100
total	12	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Dentro dos participantes que relataram ter sofrido algum desconforto, pode ser notado que a maioria destes mencionou a falta de privacidade (66,7%), o descaso no atendimento (16,7%), enquanto um sujeito relatou mau atendimento (8,3%), e um sujeito não relatou qual foi o desconforto sofrido (8,7%)

O maior desconforto apresentado pelos participantes deste estudo foi a falta de privacidade e o descaso no atendimento. Estes dados confirmam os dados encontrados na literatura, onde na pesquisa realizada por Santos et.al (2010), os aspectos negativos mais frequentes foram a curta duração das consultas, agendamento e marcação, e estrutura física e condições de trabalho precárias. Já quando se fala em transsexualidade e transgênicidade, estas surgem como manifestações desafiadoras que ainda põem muitas pessoas em desconforto. Os gays reconhecem a possibilidade de não revelar sua orientação sexual como uma atitude de proteção conta a discriminação.

Na **tabela 7** foi questionado se os participantes já deixaram de procurar o serviço público de saúde pelo motivo relatado na questão anterior. Dentro dos resultados obtidos foi observado que 26,7 da população já deixou de procurar o serviço público de saúde, enquanto os 73,3% restantes não deixaram de procurar estes serviços. É valido relatar que entre estes 73,3% dos participantes, apenas alguns deles apresentaram algum tipo de desconforto ou dificuldade durante o atendimento.

Tabela 7- Distribuição da amostra quanto aos que deixaram de procurar o SUS após ter sofrido desconforto

Questionamento III	N	%	% ac
Sim	8	26,7	26,7
Não	22	73,3	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Apenas uma pequena parcela dos participantes da amostra revela ter deixado de procurar os serviços da rede pública de saúde, devido ter sofrido algum desconforto decorrente de sua orientação sexual. Estes dados confrontam com a literatura, onde pode-se observar que a homofobia causa grande impacto na saúde pública, seja por meio dos homicídios e agressões, ou ainda por meio dos conflitos psicológicos que ela provoca, dentre as quais pode estar inclusa a depressão, que pode induzir uma pessoa ao suicídio (WYLLYS, 2012).

Alguns homoafetivos optam por escolher um nome social, diferente do que consta em seus documentos pessoais. Na **tabela 8** ao questionar-se sobre o nome social, apenas 10% da população (3 sujeitos) relatou possuir outro nome pelo qual prefere ser tratado pela sociedade, enquanto 90% (27 sujeitos) da população não relatou a existência de outro nome diferente do que consta na documentação.

Tabela 8- Distribuição da amostra ao que se refere à atribuição de nome social

Questionamento IV	N	%	% ac
Sim	3	10	10
Não	27	90	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

A utilização do nome social é pouco encontrada neste estudo, os dados obtidos na literatura afirmam que ser tratado pelo nome social é um direito imprescindível desta população, conforme a carta dos direitos dos usuários da saúde:

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde afirma que é direito de todos os cidadãos, um atendimento na rede de serviços de saúde de forma humanizada e livre de qualquer discriminação, restrição ou negação, garantindo a todos os cidadãos o direito de identificação pelo nome e sobrenome, devendo haver em todo documento de identificação do usuário um local para se anotar o nome pelo qual escolhe ser chamado, independentemente do registro

civil, não podendo ser tratado por número, nome da doença, códigos, de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso (BRASIL, 2007).

Os dados fornecidos neste estudo mostram que o uso do nome social ainda causa receio nos participantes, esta informação condiz com os dados encontrados no estudo de Santos et al., (2010), onde o grupo de transexuais e transgêneros referiram forte preconceito percebido pela insistência em não utilizar o nome social (feminino), ocasionando ocorrências de constrangimento com o uso do nome masculino e manifestação pública da condição de transexual.

Foi questionado se os homoafetivos já haviam recebido alguma informação sobre os direitos à saúde, específicos dessa população. Os resultados apresentados na **tabela 10** mostram que apenas 40% dessa população já recebeu algum tipo de informação e 60% relatou nunca ter recebido nenhuma informação específica.

Tabela 9- Distribuição da amostra no que se refere ao recebimento de informações sobre direitos de saúde específicos dos homoafetivos

Questionamento VI	N	%	% ac
Sim	12	40	40
Não	18	60	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Conforme mostrado na **tabela 10,** apenas 12 sujeitos da amostra relataram já ter recebido alguma informação sobre os direitos de saúde específicos dessa população. Isto indica a escassez de pesquisas e de publicações acerca do tema, embora a portaria nº 2.836, de 1º de Dezembro de 2011 tenha como um de seus objetivos fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2011).

Nesse contexto foi-se questionado sobre a avaliação do atendimento da rede pública de saúde, e os resultados foram mostrados na **tabela 11**, na qual observa-se que a maior parte dos entrevistados (36,7%) deu uma nota 2, classificando o atendimento como ruim, seguidos de 33,3% que deram uma nota 3 classificando-o como bom, 20% atribuiu uma nota 1, classificando o atendimento como péssimo, 6,7% classificou como ótimo, atribuindo uma nota 4 e apenas 3,3% dos entrevistados conferiram uma nota 5, classificando o atendimento como excelente.

Tabela 10- Distribuição da amostra no que se refere à avaliação do atendimento público de saúde

Questionamento VII	F	%	% ac
1 (Péssimo)	5	20	20
2 (Ruim)	11	36,7	56,7
3 (Bom)	10	33,3	90
4 (Ótimo)	2	6,7	96,7
5 (Excelente)	1	3,3	100
Total	30	100	

Fonte: Dados da Pesquisa 2012

Os dados sobre a avaliação do serviço público de saúde encontrados nesta pesquisa correspondeu em maior parte dos resultados com uma classificação do serviço como ruim ou bom, embora tenha sido observada a prevalência de alguns aspectos positivos sobre os serviços durante a aplicação do questionário.

A avaliação se faz negativa baseada nos valores incorporados aos sujeitos, infundindo-lhes o direito de avaliar os serviços, fundamentados em interesses individuais, conferindo assim uma percepção negativa acerca dos serviços prestados a essa população. Conforme mencionado por Vaitsman e Andrade (2005), a expansão de valores universais para o campo da saúde, inclusive para a avaliação de seus serviços e sistemas, constituiu a ampliação do consenso internacional no que se refere aos direitos individuais como direitos humanos, embora esse consenso não se aplique quando se aborda a formulação de direitos sociais em saúde, o que depende dos valores e das condições históricas próprias dos distintos contextos nacionais.

O SUS necessário, para que se possa ter uma sociedade considerada mais justa, está definido nos seus princípios legais. Por sua vez, o SUS possível atualmente é aquele que podemos encontrar em funcionamento no cotidiano dos serviços de saúde. Embora tenham ocorridas significativas melhorias desde o início da década de noventa, o SUS possível ainda está longe do SUS necessário (SOUZA, 2009).

O modelo de SUS que é defendido pelos indivíduos é aquele que se mostre mais o resolutivo, que seja social e tecnicamente aceito pela sociedade e que possa ser mantido pela economia do país. Sem qualquer um destes três componentes qualquer modelo que buscamos não terá a menor chance de ser universalizado e que seja promovida a equidade que nada mais é que um princípio de justiça (CARVALHO, 1993).

CAPITULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES

O estudo conseguiu alcançar o seu objetivo principal de avaliar o Sistema Único de Saúde, analisando a percepção dos homoafetivos acerca da equidade no atendimento.

Ao se traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, podemos observar que os participantes eram em sua maioria do gênero masculino, as profissões mais prevalentes foram professores ou estudantes, de significativo grau de escolaridade, e a situação conjugal mais frequente dos sujeitos eram solteiros.

Analisando-se a percepção dos homoafetivos acerca do atendimento público de saúde foi possível evidenciar que a maior parte dos sujeitos questionados relatou já ter utilizado os serviços da rede pública de saúde, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o serviço mais procurado pelos participantes.

No que tange a questão do atendimento, uma proporção menor de participantes relatou já ter sofrido algum desconforto ou constrangimento durante o atendimento. Dentre os que referiram alguma situação de dificuldade, as situações mais encontradas foram a falta de privacidade e o descaso por parte dos profissionais e uma pequena parcela relatou mau atendimento decorrente de sua orientação sexual e apenas um destes indivíduos deixaram de procurar novamente o serviço público de saúde devido o constrangimento sofrido.

Ao referirmo-nos ao nome social, uma pequena proporção da amostra declarou possuir nome social e ainda utilizar o nome social durante os atendimentos, do mesmo modo, ao se questionar sobre o conhecimento destes sujeitos sobre os direitos específicos desta população, foi observada uma parcela inferior dos que conheciam os próprios direitos. Já a avaliação dos serviços de saúde pública esteve situada entre ruim ou boa, o que demonstra um atendimento pouco satisfatório para essa população.

No princípio da equidade que tem por objetivo reduzir as desigualdades no atendimento, porém não é sinônimo de igualdade, pois embora todos tenham o direito de acesso aos serviços públicos, independente de orientação sexual, cor, raça ou religião e sem qualquer tipo de privilégio, as pessoas não são iguais e, por isso, tem necessidades distintas, ficou explícito que a efetividade nas práticas de atendimento ainda deixa a desejar, visto que a satisfação quanto ao atendimento para os homoafetivos ainda é insuficiente.

Com esses resultados percebeu-se que a avaliação dos serviços públicos de saúde para os homoafetivos é um importante fator a ser pesquisado, tendo em vista que as informações sobre os direitos dessa população ainda são pouco explorados e cabe também aos profissionais da rede pública de saúde tomarem iniciativas mais éticas e reformularem os seus

conceitos, tendo em vista a realização de um atendimento mais humanizado e respeitoso a todos os indivíduos, evitando atitudes homofóbicas.

Diante disso, o atendimento de saúde quando realizado de maneira humanizada, pode evitar a evasão de pacientes dos serviços de saúde, evitar o aumento de morbidades e mortalidades, proporcionar um diagnóstico precoce de patologias, tratar convenientemente as patologias já instaladas, dar segurança aos pacientes para que no âmbito mais específico da fisioterapia, possa ser realizados protocolos de tratamentos, tratando até mesmo os problemas crônicos de saúde desta população.

O presente estudo traz relevantes contribuições para o conhecimento científico, tendo em vista que as pesquisas acerca do tema abordado ainda são muito escassas. No entanto, existem algumas sugestões que podem auxiliar em futuras pesquisas. Um número mais expressivo de participantes da amostra acarretaria em uma maior fidedignidade dos resultados encontrados e ocasionalmente mostraria outros fatores importantes que neste estudo não foram tão expressivos. Aumentar a quantidade de questões a serem abordadas no questionário e coletar depoimentos de vivências dos sujeitos durante o atendimento na rede pública de saúde, ocasionaria maior confiabilidade dos resultados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. **Introdução a metodologia do trabalho científico**. 9. Ed. São Paulo, SP: Atlas, 2009.

BADUY R. S, OLIVEIRA M. S. M. Pólos de formação, capacitação e educação permanente para os profissionais das Equipes de Saúde da Família: reflexos a partir da prática no pólo Paraná. **Revista Olho Mágico.**2001.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Metodologia científica**. 3 ed., São Paulo, SP: Pearson Prentice hall, 2007.

BRANDÃO, P. F; SANTANA, T. O "kit gay": na saúde e na educação um kit de polêmicas. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais.** Setembro de 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, DF: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. **O SUS de A a Z:** Garantindo Saúde nos Municípios. Conselho Nacional Das Secretarias Municipais De Saúde**.** 3 ed. Brasília. 2009.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011**. Disponível em: <http://migre.me/95BXA> Acesso dia 10/04/2012.

CANOTILHO, J. J. G. **Direito constitucional e teoria da Constituição**. 7. ed. Coimbra: Almedina, 2003.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4. ed. São Paulo, SP: Cortez, 2000.

CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e eqüidade nas reformas da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ: v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.

COSTA, A. M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade,** São Paulo, SP:v. 15, n 2, p. 47-55, 2006.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da Pesquisa em saúde para iniciantes**. Difusão Editora, 2009.

ELIAS, P. E. A utilização da noção de eqüidade na alocação de recursos em tempos do pensamento (neo)liberal: anotações para o debate.**Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ:v. 10, n. 2, p. 289-292, 2005.

ESCOREL, S. **Os Dilemas Da Eqüidade Em Saúde: Aspectos Conceituais**. Disponível em: <http://migre.me/95BVM > Acesso dia: 21/03/2012. Acesso dia 13/03/2012.

FARIA, C. **Santa Inquisição**. 2008. Disponível Online em: <http://www.infoescola.com/historia/a-santa-inquisicao/>. Acesso dia 20/06/2012.

FERRAZ, D. KRAICZYK, J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP** 9(1), 2010.

GOLVEIA, R; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados** 13 (35), 1999.

HENRIQUES R. L. M, PINHEIROS R. Integralidade na produção de serviços de saúde e as políticas de educação. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem** 2004.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade**. Saúde e Sociedade**. São Paulo, SP: v.17, n.2, p.11-21, 2008.

MACHADO, M. F. A. Set al.,Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007.

MARCONI, M. A. **Técnica de Pesquisa**. 7. Ed. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

MOREIRA M. R, CRUZ N. O. SUCENA L. F. M. A relação dos profissionais do Programa Saúde da Família com o contexto de exclusão social da população atendida. **Revista Saúde em Foco.** 2002

MOTT, L. “Pagode português: a subcultura gay em Portugal nos tempos inquisitoriais”. **Ciência e Cultura**, SBPC, v. 40, p. 120-139, fev. 1980.

_____. Homo-Afetividade E Direitos Humanos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 14(2): 248, maio-agosto/2006.

NEVES, E. B.; DOMINGUES, C. A. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica.** Rio de Janeiro, RJ: EB/CEP, 2007.

PAIM, J. S. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006.

PEREIRA, H, LEAL, I. A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. **Análise Psicológica.** 1 (XX): 107-113, 2002.

RESENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da ‘Saúde da Família’: Uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta.**Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1403-1410, 2009.

ROCHA,**R.H.** Família, Direitos Humanos e Homoafetividade**. São Paulo, SP: março de 2007.**

SANTOS, M.S; OLIVEIRA, S.R; BELTRAME, I.L; SANTOS, A.S. Buscando Compreender Violência e a Homossexualidade: o que pensam as mulheres. **Saúde Coletiva**, vol. 2, núm. 5, pp. 7-12. Editorial Bolina. São Paulo, SP: 2005.

SANTOS, E.C, CALVETTI, P.U, ROCHA, K.B, MOURA, A. BARBOSA, L.H, HERMEL, J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology.** Vol. 44, Num. 2, pp. 235-245, 2010.

SEVERINO, J. A. **Metodologia do trabalho científico**. 23 ed.Ver. E atualizada - São Paulo, SP:SP: Cortez, 2007.

SOARES, O. **Sexologia forense**. 1 ed. Rio de Janeiro, RJ: Freitas Bastos, 1990.

SOUZA, L.E.P.F. O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):911-918, 2009

SPOSATI, A. 1999. Exclusão social abaixo da linha do Equador. in: VERÁS, M. P. B. *(ed.)* **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. São Paulo, SP: Educ.

TRAVASSOS, C. Eqüidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cadernos de Saúde Pública** vol.13 n.2 Rio de Janeiro, RJ: - Apr./June 1997.

VAITSMAN, J, ANDRADE, G.R.B,. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 10 (3): 599-613, 2005.

WYLLYS, J. **Homofobia também é uma questão de saúde pública.** ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ: 2012.

ZAMBRANO, E. Parentalidades "Impensáveis": Pais/Mães Homossexuais, Travestis E Transexuais. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 123-147, jul./dez. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Nome da Pesquisa: "Sistema Único de Saúde: Uma Análise da Percepção de Pessoas Homoafetivas Acerca da Equidade no Atendimento"
Pesquisadores responsáveis: Diracy de Araújo Vieira e Maria dos Milagres Fernandes Gomes.
Informações sobre a pesquisa: O presente estudo objetiva analisar a percepção de pessoas homoafetivas acerca da equidade no atendimento do sistema único de saúde, descrever o perfil dos mesmos, pesquisar as dificuldades encontradas por essa população no atendimento em serviços públicos de saúde, e ainda rever o princípio de equidade do SUS e sua efetividade na prática dos atendimentos. Sendo assim, de suma importância analisar como os homoafetivos têm percebido o atendimento dos profissionais de saúde do SUS no que se refere aos princípios de universalidade, integralidade e equidade, tendo em vista o vigor da lei contra o preconceito, instituindo um atendimento humanizado a esta parte da população, além de contribuir para a melhoria do atendimento e, ao mesmo tempo, servir para sensibilizar os profissionais de saúde no intuito de propiciar uma visão holística junto do tema, minimizando assim atitudes homofóbicas e antiéticas.

_____
Pesquisador responsável

Eu,_____,
portador de RG:_____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a resolução 196/96 Cap. IV inciso IV.1 todos os meus direitos abaixo relacionados:
-A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do roteiro de pesquisa antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado absoluto sigilo das informações obtidas.
– A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa poderá causar um risco mínimo (desconforto, constrangimento) ao entrevistado durante a coleta de dados, caso isso aconteça, o mesmo será atenuado através esclarecimentos sobre a pesquisa, procurando resolver da melhor forma possível.
- A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.
– A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
- Risco e benefícios: A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, ser requisitado pelo entrevistado em qualquer momento.
Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa
Patos , _____de_____de_____

_____
Assinatura do entrevistado

Contato com o pesquisador (a) responsável:
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com (a) pesquisador (a) Dra. Diracy Vieira de Araújo.
Através do telefone: (083) 96541733 ou (083) 88335162

Atenciosamente,

Assinatura do pesquisador (a)

APÊNDICE B - Termo de Compromisso do Pesquisador

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **"Sistema Único de Saúde: Uma Análise da Percepção de Pessoas Homoafetivas Acerca da Equidade no Atendimento"** assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98.833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, igualmente, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos-PB, ____ de _____ de 2012.

_____
Orientando

_____
Orientador

APÊNDICE C - Instrumento de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO

1. Código de Identificação: _____
2. Gênero: ( )F ( )M
3. Profissão:_____
4. Grau de Escolaridade:_____
5. Situação Conjugal:_____
6. O participante já utilizou serviços da rede pública de saúde?

   SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____
7. O participante já enfrentou algum desconforto, constrangimento ou dificuldade durante algum atendimento na rede pública de saúde em decorrência de sua orientação sexual?

   SIM ( ) NÃO ( ) Qual? _____
8. O participante já deixou de procurar o serviço público de saúde pelo motivo acima exposto?

   ( )SIM ( )NÃO
9. Devido a sua orientação sexual, você adotou um nome diferente do que consta na sua certidão de Nascimento?

   ( )SIM ( )NÃO
10. Se a resposta anterior for SIM, você preferiria ser tratado pelo nome social adotado, no serviço público de saúde?

    ( )SIM ( )NÃO
11. Você já recebeu algum tipo de informação sobre os direitos à saúde, específicos de pessoas homoafetivas?

    ( )SIM ( )NÃO
    Se SIM, Por quem?_____

12. De 0 a 5, como você avalia o atendimento da rede pública de saúde?

0--------1--------2--------3--------4--------5

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Autorização Institucional

Prezado Senhor: Luciano Bezerra Vieira

Solicitamos sua autorização para realização do projeto de pesquisa intitulado **"Sistema Único de Saúde: Uma Análise da Percepção de Pessoas Homoafetivas Acerca da Equidade no Atendimento"**, de autoria do acadêmico **Maria do Milagres Fernandes Gomes**, que está sendo supervisionado pelo Prof. **Dra Diracy de Araújo Vieira**, nas Faculdades Integradas de Patos. : O presente estudo objetiva analisar através de um questionário, a percepção de pessoas homoafetivas acerca da equidade no atendimento do sistema único de saúde, descrever o perfil dos mesmos, pesquisar as dificuldades encontradas por essa população no atendimento em serviços públicos de saúde, e ainda rever o princípio de equidade do SUS e sua efetividade na prática dos atendimentos Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo,favor entrar em contato com (a) pesquisador (a) Dra. Diracy Vieira de Araújo, através dos telefones: (083) 96541733 ou (083) 88335162. A qualquer momento, o senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos sobre o trabalho que será realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. O pesquisador estará apto a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa ou não. Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos, contudo, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de sua Instituição. Nomes, endereços e outras indicações pessoais não serão publicadas em hipótese alguma. Os dados gerados pela pesquisa só serão disponibilizados sem estes dados. Caso a pesquisa traga qualquer tipo de dano aos participantes, o pesquisador compromete-se a reparar este dano, ou prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não forneceremos por ela qualquer tipo de pagamento, eventualidade da participação nesta.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu **Luciano Bezerra Vieira**, Coordenador do Movimento Espírito Lilás (MEL), venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada "**Sistema Único de Saúde: Uma Análise da Percepção de Pessoas Homoafetivas Acerca da Equidade no Atendimento**", sob responsabilidade da aluno (a) **Maria dos Milagres Fernandes Gomes** e orientador (a)Prof. Ms. **Diracy de Araújo Vieira**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos-PB, ____ de _____ de 2012.

_____

Pesquisador

_____

Responsável Institucional

_____

Orientador

ANEXO B – Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 30 de agosto de 2012, após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Sistema único de saúde: uma análise de percepção de pessoas homoafetivas acerca da equidade no atendimento**. Protocolo número: **049/2012** da pesquisadora: **Diracy de Araújo Vieira.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 06 de setembro de 2012.

FLAUBERT CIRILO JERÔNIMO DE PAIVA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FIP

Flaubert Cirilo Jerônimo de Paiva
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/FIP