

# A realidade de um serviço de média complexidade, para o público LGBT, voltado para a atenção à saúde sexual e reprodutiva da população: do ideal ao real

---

Antônio Gabriel Feitosa Rolim<sup>1</sup>  
Fernanda Luísa Brito<sup>2</sup>  
Ananda Surama da Silva Moreira<sup>3</sup>  
Maiara Denize Nascimento<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Estudante de Psicologia – Univasf. E-mail: gabriel.rolim91@hotmail.com.

<sup>2</sup>Estudante de Psicologia – Univasf. E-mail: fernandinha.luisa.campos@gmail.com.

<sup>3</sup>Estudante de Psicologia – Univasf. E-mail: ananda.surama@hotmail.com.

<sup>4</sup>Estudante de Psicologia – Univasf. E-mail: maiara.dennize@gmail.com.

## RESUMO

O presente trabalho é um relato de experiência de uma atividade proposta na disciplina Temas Atuais em Psicologia da Saúde, do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco - UNIVASF. Consiste em um olhar crítico sobre as políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva da população LGBT na prática, com base em observações feitas num serviço de média complexidade, especializado na prevenção e tratamento de DSTs/HIV/AIDS de um município da Bahia. Sua relevância traz um olhar reflexivo, discutindo sobre o que está em vigor, perante a legislação, na realidade visitada, para esse público que historicamente tem sua sexualidade marcada por TABUS.

**Palavras-chave:** Políticas públicas e diversidade sexual; Relações serviços de saúde-LGBT's; Saúde e cidadania LGBT.

**The reality of a medium complexity service for the LGBT public, aimed at the attention of the sexual and reproductive health of the population: from ideal to real**

## ABSTRACT

The present work is an experience report of a proposed activity on a course of Current Themes in Health Psychology, of Psychology Undergraduate Course from the Federal University of São Francisco Valley - UNIVASF. It consists of a critical look at the public policies for sexual and reproductive health of LGBT people in practice, based on observations made in a medium complexity service, specializing in the prevention and treatment of STDs/HIV/AIDS in a municipality of Bahia. Its relevance brings a reflective look, discussing what is in force, towards the legislation on the visited reality, for this public that sexuality was historically marked by TABOOS.

**Keywords:** Public politics and sexual diversity; LGBT's Health Services and Relations; LGBT's Health and citizenship.

## INTRODUÇÃO

56328 – 903,  
Petrolina – PE.  
Email: crisbo-  
mena@hotmail.  
com; cristhiane.  
omena@upe.br.

A condição feminina, todavia fora sobrepujada em detrimento da masculina em todo o percurso histórico. A partir do século XVIII a cultura do patriarcado começou a declinar por conta das mudanças no âmbito social. Parker (1991, 2002) e Trevisan (2011) rememoram a construção da figura feminina, assimilada à fraqueza, leveza e suavidade, características repulsivas para a condição masculina, que se monta por âmbito original e prioritário - o que não fosse de competência do âmbito do masculino, restava ao feminino. Mais tarde a categoria homossexual herdou a herança maldita do feminino, a partir do momento em que foi taxado pela lógica cartesiana sexualista de “mulheres em corpos de homem” ou vice-versa, transgredindo os padrões exigidos, mas que depois aglutinar-se-ia às sexualidades polimorfas: transexuais, transgêneros, prostitutas, etc. Quem fosse desta categoria sofreria com as consequências da lei canônica, social e jurídica, pois, nas três instâncias ser, ‘gay’ era tipificado com crime, assim punível e/ou passível de reorientação. Tempos depois surge a teoria *queer* trazendo um novo olhar sobre a sexualidade, elevando a condição sexual ao mundo das possibilidades, onde as fronteiras entre o masculino e o feminino estariam sendo ultrapassadas, causando furor, pois foge à norma e ao controle.

Com o surgimento da epidemia de Aids, na década de 80, a comunidade homossexual sofreu maior impacto em termos epidemiológicos e sociais. A visibilidade negativa que tinha tomou mais força com o surgimento dessa epidemia, chegando, inclusive, a serem considerados como os responsáveis por tal agravo: o câncer gay ou a peste gay, sob a égide da mídia e opinião pública, utilizando-se disso para impor barreiras de isolamento social. Tratou-se aqui de comportamentos ou situações de riscos transformados em identidades de risco (AYRES et al, 2008), em outras palavras, a reticente ideia que ainda temos hoje: se o sujeito é gay, ele teria AIDS automaticamente. Ideia próxima da política de doação de sangue no país. Tal movimentação fez surgir movimentos em prol das orientações sexuais “divergentes”, em solidariedade à livre orientação sexual e em defesa aos direitos humanos, incluindo os infectados pela epidemia. Com essa movimentação, os homossexuais acabariam por entrar em pauta na mesa de debates do governo (RUBIN, 1984; PARKER, 1991, 2002; AYRES, 2008).

Voltando-se ao ambiente social, Paiva, Aranha e Bastos (2008) demonstram que existe uma maior tolerância quanto à condição sexual dos indivíduos fora de casa, uma vez que, as amizades tendem a ter opiniões mais liberais. Completam, ainda, trazendo a sexualidade convergente à ideia de Foucault. Para Foucault (1988):

A sexualidade é historicamente construída por dispositivos discursivos e de poder e, desse modo, deve ser analisada levando-se em consideração os aspectos culturais como organizadores da sexualidade e não como algo determinado biologicamente.

Goldenberg (2000, apud FONTES et al, 2012, p.5) retoma as discussões levantadas por Foucault (1988) quando considera que muitos dos traços associados ao masculino e feminino têm muitas raízes produzidas num contexto social e histórico, reforçando a tese foucaultiana. E por falar em concepções, elenca-se o que PEREIRA et al (2013) sugere a respeito das crenças implícitas sobre grupos sexuais como fatores importantes para compreender o preconceito face aos homossexuais. Dessas crenças ele elenca: distúrbio psicológico, fraqueza, doença, possessão demoníaca, que como o próprio autor exalta,

também tem participação do campo da ciência.

Hoje, ainda reside a crença de que a homossexualidade seja uma profunda e imutável predisposição ao pecado; de que homossexuais partilham uma profunda tendência de violação de valores tradicionais – moralidade, decência e boas maneiras; que têm profundos distúrbios psicoafetivos; que tem base genética fixa e imutável; e também base cultural; que representa uma expressão normal da figura humana. Dentro destas, as convicções ético-morais, religiosas e psicológicas configuram-se, de acordo com Pereira et al (2013), como positivamente relacionadas com a manutenção de políticas discriminatórias e segregacionistas, como oposição ao casamento civil igualitário e adoção. Sobre isso, Camino (1998) argumenta que o conhecimento elaborado e institucionalizado no domínio científico pode contribuir de forma decisiva para a formação de crenças e teorias do senso comum que guiam as relações que pessoas e grupos sociais mantêm entre si.

Uma série de mudanças no corpo social levou o Ministério da Saúde a reconhecer a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes e condicionantes da situação de saúde - uma delas foi a resolução 01/99 de 22 de março de 1999, do Conselho Federal de Psicologia, que seguia a do CFM e CID, para que na prática profissional frente a homossexualidade fosse vedada a ideia de patologização - deixando de lado a ideia de que se trataria apenas de práticas sexuais e sociais específicas.

A carta do direito dos usuários da saúde, portaria nº 675/GM/2006, com o objetivo de garantir respeito às especificidades da população brasileira, incluiu a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero. No Programa Mais Saúde são dispostas metas específicas para promoção de ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde para grupos populacionais específicos. Em coparticipação a isso, o ParticipaSUS garante viabilidade às ações de promoção da equidade em saúde nos níveis municipais e estaduais (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Integral da Comunidade LGBT regulamenta ao profissional de saúde a necessidade de construção de vínculos com usuários, e atenção aos preconceitos e a discriminação contra a comunidade LGBT, que muito acontece no seio familiar, resultando em expulsão ou abandono. O rompimento dos laços familiares pode causar outras situações de risco, como prostituição, drogas, depressão e suicídio, por isso é importante que o profissional esteja atento à situação familiar, de forma a mediar conflitos, assim como precisam estar atentos aos novos arranjos familiares (2010, 2011).

É fundamental que os profissionais de saúde tenham conhecimentos sobre as práticas sexuais e sociais da comunidade LGBT, para que assim promovam um serviço condizente às suas necessidades. Também é preciso estar apto para com as informações disponibilizadas, que devem ser confiáveis e seguras, desenvolvendo assim, práticas de comunicação e educação em saúde de maneira participativa, criativa e inovadora, que seriam formas eficazes de combater a discriminação e o preconceito. Não distante disso, cabe às ações de saúde incentivar e apoiar a participação dos usuários nos processos de saúde, em reconhecimento ao papel dos conselhos municipais de saúde, assim como reconhecer grupos de apoios, ou organizados, que prestam suportes em ações de saúde. Reconhecer seus direitos e trabalhar em conjunto facilita a prática (2010, 2011).

Diante disso, visa-se conhecer a política nacional de saúde sexual e reprodutiva LGBT e discutir sua operacionalização num serviço de média complexidade, mediante a

experiência de inserção neste, em um município do sertão da Bahia.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **O serviço**

O local onde foram realizadas as observações referentes à temática estudada foi um Centro de Informações de DST/HIV/Aids (CIDHA) de um município da Bahia, que abrange outros 8 municípios circunvizinhos. O serviço é considerado de referência para a prevenção das DSTs e promoção de saúde - tratando e acompanhando pacientes infectados, pela rede pública de saúde (SUS).

O atendimento ao público é feito a partir de demanda espontânea e encaminhamento, composto pelo Serviço de Atenção Especializada (SAE) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). No CTA é feito o cadastro para a realização dos testes para DSTs, HIV/Aids e hepatite; e o aconselhamento, tanto individual quanto em grupo, com o intuito de prevenção e conseqüentemente promoção de saúde. No SAE, voltado para os casos de pacientes infectados, há o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, formada por: médico infectologista, enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, psicólogo, farmacêutico e assistente social, além de parcerias do serviço com outros órgãos.

### **A prática**

A atividade baseou-se em observações semanais, totalizando 16 horas, onde a equipe, composta por 4 estudantes do 8º período de Psicologia, obteve acesso aos setores do serviço. O acompanhamento foi desde a porta de entrada até a saída dos usuários, e seu respectivo percurso.

O CTA é o local onde é feito o cadastro único dentro do serviço, esse cadastro é válido enquanto durar o tratamento ou por 5 anos, caso não haja evoluções no prontuário, depois desse tempo as anotações são eliminadas. Após a realização do cadastro, o usuário é encaminhado ao aconselhamento em grupo, onde recebe informações sobre a maneira correta de utilização do preservativo e as formas de se prevenir do HIV/Aids e DSTs. O próximo passo é o aconselhamento individual para informações mais específicas, no que diz respeito aos hábitos de vida, colhidos através de um questionário específico. Para finalizar, é feita a coleta de sangue para a realização dos exames, entregue dias depois, com ressalva para aqueles casos em que a exposição ao risco de infecção é quase certa, ou quando a infecção pode ser evitada com medicação, como nos casos de abuso sexual; nesses casos, o teste rápido é realizado e o resultado sai em 30 minutos.

No SAE foi possível realizar conversas com os profissionais responsáveis, já que, devido ao estigma social enfrentado pelos portadores do HIV/Aids e DSTs, o acesso fica difícil, de forma que os próprios não permitem, segundo a equipe, contato com outros que não sejam do corpo profissional atuante. Nesse setor, a equipe de enfermagem fica responsável por entregar resultados positivos para o HIV (os negativos são entregues pelo CTA) e orientar o portador do vírus quanto à maneira de evitar outras contaminações, além de colher dados sobre outros possíveis infectados por ele, tanto de maneira vertical, quanto horizontal, e orientar em relação aos cuidados que esse paciente deverá ter em relação à própria saúde. A assistência social fica responsável pelas questões legais que envolvem o doente/portador, como por exemplo, orientá-lo no tocante a obtenção de au-

xílios e observar sua frequência dentro da instituição. Ao profissional de Psicologia, cabe o acolhimento do usuário e, em alguns casos, é realizada psicoterapia, pois a demanda é maior do que o serviço oferecido na rede. Esse profissional também é responsável por acompanhar pacientes trans e travestis, não infectados, mas que demandam acompanhamento psicológico, em casos de redesignação de sexo ou mudança de nome.

## Fatos importantes

Desde a epidemia de Aids, a população LGBT sofre com o estigma de estar ligada a doença, principalmente no Nordeste, que este sai a frente quando o assunto é violência contra a população LGBT (BRASIL, 2010), razão pela qual o Ministério da Saúde tem criado políticas públicas voltadas exclusivamente para atender as necessidades desse público, inclusive no que diz respeito à promoção de saúde e combate à discriminação em ambiente fora dos serviços especializados de saúde (BRASIL, 2010).

Na instituição visitada quase todos os cartazes mostram pessoas declaradamente ou homossexuais, ou trans ou travestis, dizendo que a sua orientação sexual é a prevenção, e o discurso de todos os funcionários gira em torno do não-preconceito. Questiona-se porque a publicidade do sistema de saúde ainda veicula orientação sexual à identidade de gênero? Que são coisas absurdamente distintas. Nota-se, com isso, um indicativo de carência de conhecimento – da campanha que é nacional – no que diz respeito às figuras de gênero e sexuais, e também nos permite observar uma raiz histórica, quando dá margem a ideia de que ser trans/travesti seria relativo à orientação sexual. Não longe disso, percebe-se também que a publicidade não permite destacar a universalidade dentro da categoria LGBT, pois dá a impressão de unicidade dentro da dela quando o quadro não compõe todas as nuances do grupo, e provavelmente nem consiga: Drag queen, Cross-dressing, etc.

A campanha de publicidade voltada para o dia mundial de combate à Aids, com orientação predominante falocêntrica (para o pênis), revela a segregação que vem com a publicidade: de que só há sexo se houver pênis. As lésbicas foram parcela excluída neste quesito, embora o serviço tenha cobrado, mas isso não depende apenas deles, e por não haver uma ação técnica específica e regulada, a possibilidade dá espaço para muitas ações, inclusive essa. O setor traz o discurso conforme leciona o manual de ações em saúde sexual: relações sexuais seguras com o uso de preservativo. Com isso, também percebe-se que há a necessidade de pensar a sexualidade por outro viés, que a própria relação sexual, pois até mesmo nos setores da saúde esse tema pode vir a ser tabu, como em qualquer outro espaço social e não como uma característica peculiar. Pensa-se que há de se ampliar esses saberes sobre os sujeitos e suas sexualidades, mas esta ação bem que poderia ser de caráter vertical<sup>5</sup>.

A cartilha de Saúde Sexual e Reprodutiva, publicada em 2010 pelo Ministério da Saúde, visa como proposta o atendimento em horários específicos para população LGBT - respeitando o funcionamento do serviço - em especial travestis, em respeito a sua concepção de corpo e masculinidade/feminilidade, que destoa aos padrões “moralmente aceitos”, para que assim se evite situações constrangedoras no encontro com algum outro usuário. Sendo assim, fica aberta a possibilidade de alterar horários de atendimento ao público. Fato que não é possível, pois o serviço funciona em um horário inflexível, em razão da dependência por outro setor que ali atua e dificulta mais ainda quando concentra seu serviço num turno único, embora corrido, mas um horário em que há maior busca

<sup>5</sup>Diz-se de algo que vem de cima para baixo. No contexto, a gerência nacional delega para as gerências estaduais e assim sucessivamente.

pelo serviço. Talvez seja a possibilidade de haver uma maior concentração de usuários que possa afastar outros possíveis usuários - que queiram resguardar sigilo de si – mas fica aberta a possibilidade de investir em serviços externos ou de tentar alguma intervenção social com os demais usuários a fim de trabalhar essa questão de preconceitos. Porém, mais uma vez cai-se na abertura de possibilidade e ausência de portaria que regulamente tais ações, pois sem o posicionamento vertical do órgão ministerial, que determine um modelo específico de atuação, devidamente fundamentado, a organização das ações fica sujeita, não só a disponibilidades de servidores, como também de recursos, demandas e “prioridades”, tudo isso arquitetado por um imaginário político, que não só precisa alimentar a máquina administrativa – com informações e ações realizadas -, mas um meio social. Em outras palavras, a regulamentação não encerraria práticas e suas nuances, mas daria um caráter prioritário às ações, que numa máquina pública ganhariam peso relevante.

E por falar em social, o serviço tem ações voltadas para o público em geral, pelo fato de ser um serviço público, de ação mútua, porém isso pode afastar outras demandas que se mesclam ao serviço, no sentido em que há de ser sensível a determinados grupos ou mesmo usuários. Seria mais uma perspectiva de atendimento em saúde coletiva: adequar o serviço ao usuário, e não o inverso. É transpor o que há do sujeito para o serviço, é transformar-se em razão dos princípios defendidos no trabalho, é satisfazer a necessidade do usuário e a exigência do serviço. Em resumo, deixar o fator objetividade de lado em detrimento do fator singularidade.

Essa dificuldade se mescla quando se fala em controle de dados, pois o serviço dispõe de banco de dados, disposto neles marcadores sociais e os agravos trabalhados no serviço, que proporcionam uma visão melhor sobre a qual marcadores os agravos estão condicionados, evidenciando assim grupos mais vulneráveis, quiçá fatores condicionantes, o que proporcionaria uma ação mais específica. Entretanto, o Ministério da Saúde exige apenas a coleta de dados com marcadores de agravos e sexo biológico, desprezando concepções de orientação sexual e condição social, por exemplo. Tal fato já diminui, por si só, o poder de ação das unidades que se empenham na realização do serviço, uma vez que tal serviço – datação de dados – já seria, de certa forma, “clandestino” e sem utilidade para os serviços gerais reconhecidos. O que acontece é que essa ação vem compor a estante das ações que devem ser desempenhadas, lotando mais o serviço, e pior, sem reconhecimento. É irônico quando a gerência nacional exige uma metodologia mais específica nos atendimentos, quando a própria sequer serve como exemplo. Mas não é apenas cobrar a cumprir que ‘o fazer em saúde’ carece, é também proporcionar que os sujeitos também tenham conhecimento sobre tal, sejam eles usuários ou servidores. Em outras palavras, fala-se também de formação em saúde.

A participação popular, um direito garantido e estabelecido nas diretrizes da promoção de saúde sexual e reprodutiva, para grupos populacionais específicos, dentre eles a comunidade LGBT, não teve destaque. Cabe destacar que as atividades dos Conselhos Municipais são de caráter consultivo, não deliberativo, sendo assim, dependentes, mais uma vez, da decisão do eleito. O Ministério da saúde determina ser tarefa dos profissionais de saúde proporcionar, na forma de incentivo, a participação destes nos conselhos municipais de saúde. Foi relato dos preceptores a dificuldade em se direcionar a grupos dessa categoria, uma vez que não há informação sobre grupos organizados, inclusive de outros grupos: profissionais do sexo, usuários de drogas, travestis, etc. Pode-se pensar em burocracia, pode-se pensar em inexistência de tais organizações, mas também não deixa-

se de bater na tecla, para tentar pensar na resposta mais cabível, responda a si mesmo: qual o poder que as organizações sociais dispõem no cenário político frente à administração pública?

## CONCLUSÃO

O presente relato se construiu a partir de episódios muito pontuais, que se restringiram a visitas e diálogos com a equipe profissional, sob hipótese alguma com usuários, já que o acesso é bastante restrito, em respeito à condição de sigilo para com o próprio e orientação do próprio serviço, visto que necessitava de um prévio estabelecimento de vínculo com tais. Portanto, fica aberta a possibilidade de um estudo mais aprofundado, com abordagem centrada nos usuários, privilegiando sua ótica para com o serviço.

Em linhas gerais, surge a impressão de que o Ministério carece de portarias específicas que regulamentem a atuação do profissional, pois as exigências impostas e a deliberação aberta pode se colocar como um fator impeditivo, pois terá de lidar com a formação dos profissionais e outros fatores impeditivos, pensando na necessidade de formações e capacitações para estes, que tem a árdua tarefa de dar conta do desconhecido, ou temido, no exercício da profissão, sem amparo específico. E, se antes existia uma política da segregação para com as sexualidades adversas à norma, hoje o quadro é de indiferença - no que propõe a lei. No que se vê na prática, é reconhecível o espaço dedicado ao debate e ação social, mas sabe-se que ações peculiares não funcionam só pela verticalidade do processo político, afinal, como já diria o ditado: nada para eles, sem eles.

Como experiência da profissão de Psicologia, percebeu-se a multifuncionalidade do profissional diante das nuances do meio, atrelando-se às diversas formas de abordagens e roteiros de busca ativa. Acredita-se ser de grande valor a experiência, visto que o trabalho na rede SUS compreende uma gama de intersetorialidade e multidisciplinaridade – sendo esta prática um ensaio para –, observadas e adotadas no sistema de referência e contrarreferência, bem como seu aspecto político. Apropriar-se do campo das políticas públicas voltadas para saúde em contraste com a prática, aproxima o sujeito do campo, tanto dos movimentos sociais, quanto da promoção de saúde, entendendo que a saúde não se faz apenas por medidas profiláticas, curativas ou preventivas, mas também dialogada e por construção de saberes. Ademais, presume-se que a experiência vivida e compartilhada seja apenas uma fração da distribuição setorial dos aportes do SUS país afora, preenchendo-se o espaço antes vazio, agora repleto de ânsia pela intervenção futura.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. de C. M.; CALAZANS, G. J.; FILHO, H. C. S.; FRANCO JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção de saúde. In: CAMPOS, G. W de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JUNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. de (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hiu-tec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 375-417.

BRASIL. **Cadernos de atenção básica – Saúde Sexual e Reprodutiva**. Ministério da Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

CAMINO, L. Direitos humanos e psicologia. In: **Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia** (Ed.). Psicologia, ética e direitos humanos. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1998. p. 39-63

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética Profissional do Psicólogo**. Nov. 2014. Disponível em <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Co%C3%81digo-de-%C3%89tica.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2015.

FONTES, O. de A.; BORELLI, F. C.; CASOTTI, L. M. Como ser homem e belo? Um estudo explanatório sobre relação entre masculinidade e consumo o de beleza. **Revista eletrônica de administração**, Porto Alegre, ed. 72, n. 2, p. 400-432, 2012.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade do saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

MARTINS-SILVA, P. de L.; SOUZA, E. M. de; JUNIOR, A. da S.; NASCIMENTO, D. B. Do; NETO, R. R. de Q. B. Adolescentes e homossexualidade: representações sociais e identidade social. **Cadernos de pesquisa**, v. 42, n. 146, p.474-493, maio/ago. 2012.

PAIVA, V.; ARANHA, E.; BASTOS, F. I. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, 2008, v. 42 (supl. 1), p. 54-64, 2008.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e desejos: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. Tradução: Maria Therezinha M. Cavallari. São Paulo: Best Seller, 1991.

PARKER, R. G. **Abaixo do Equador: culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil**. Tradução de Rita Vinagre, Rio de Janeiro: Record, 2002.

PEREIRA, C.; TORRES, A. R. R.; PEREIRA, A.; FALCAO, L. Preconceito contra homossexuais e representações sociais da homossexualidade em seminaristas católicos e evangélicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, n. 27, p. 73-82, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n1/a10v27n1.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2015.

PEREIRA, C. R.; TORRES, A. R. R.; FALCÃO, L.; PEREIRA, A. S. O papel das representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao casamento civil e à adoção por família homoafetivas. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 79-89, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n1/10.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

RUBIN, G. **Pensando o sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade**. Tradução de Felipe Bruno Martins Fernandes. 1984. Disponível em: <[https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin\\_pensando\\_o\\_sexo.pdf?sequencia=1](https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1229/rubin_pensando_o_sexo.pdf?sequencia=1)>. Acesso em: 15 de abril 2015.

TREVISAN, J. S. **Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade**. 8. ed, Rio de Janeiro: Record, 2011.



### COMO CITAR ESTE RELATO:

ROLIM, Antônio Gabriel Feitosa; BRITO, Fernanda Luísa; MOREIRA, Ananda Surama da Silva; NASCIMENTO, Maiara Denize. A realidade de um serviço de média complexidade, para o público LGBT, voltado para a atenção à saúde sexual e reprodutiva da população: do ideal ao real. *Extramuros*, Petrolina-PE, v. 4, n. 2, p. 138-146, 2016. Disponível em: <informar endereço da página eletrônica consultada>. Acesso em: informar a data do acesso.

Recebido em: 16 maio 2015

Aceito em: 15 out. 2016