



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Diana Patrícia Pires Pinto

**Discriminação, preconceito e atitudes
relativamente a lésbicas: Estudo numa
amostra de estudantes de enfermagem**

Outubro de 2011



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Diana Patrícia Pires Pinto

**Discriminação, preconceito e atitudes
relativamente a lésbicas: Estudo numa
amostra de estudantes de enfermagem**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Area de Especializacao em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Conceição Nogueira

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO
RELATIVA AO DEPÓSITO DA DISSERTAÇÃO NO REPOSITORIUM

Nome:

Diana Patrícia Pires Pinto

Endereço Eletrónico:

a34595@alunos.uminho.pt

Título da Tese de Mestrado:

Discriminação, preconceito e atitudes para com lésbicas: Estudo numa amostra de estudantes de enfermagem.

Orientadora:

Professora Doutora Maria da Conceição Nogueira

Ano de conclusão:

2011

Designação do Mestrado:

Mestrado Integrado em Psicologia – Área de Especialização em Psicologia da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, de 17 de Outubro de 2011,

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Professora Doutora Conceição Nogueira, pelas oportunidades que me deu, incentivos e energia contagiante e à Liliana Rodrigues pela disponibilidade e conselhos úteis ao longo deste ano. Quero também prestar agradecimento também agradecimento especial ao Doutor João Oliveira pelo apoio prestado, ao Professor Doutor João Cainé pelo apoio na recolha de dados na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho e à D. Cristina Braga, à Professora Doutora Isabel Araújo e às Professoras Doutoradas Ana Reis e Clara Simões pela disponibilidade e apoio na recolha de dados na CESPU em Famalicão, e aos participantes deste estudo que fizeram toda a diferença.

Agradeço igualmente ao projeto PIHM/GC/0005/2008, designado por "Cidadania sexual nas (mulheres) lésbicas em Portugal. Experiências de discriminação e possibilidades de mudança", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, pela possibilidade de integração neste desafio, no qual este estudo se insere.

Para finalizar agradeço às pessoas que fazem toda a diferença na minha vida, nomeadamente o Rui, pela amizade com que me brinda diariamente, o Hugo pelo apoio em momentos difíceis e ao Telmo pela partilha de experiências. Aos meus pais, um agradecimento especial pelo amor e carinho e conselhos sábios desde sempre.

DISCRIMINAÇÃO, PRECONCEITO E ATITUDES RELATIVAMENTE A LÉSBICAS: ESTUDO COM UMA AMOSTRA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

RESUMO

As atitudes, percepções e crenças dos profissionais de saúde acerca da homossexualidade feminina têm implicações práticas no acesso desta comunidade a cuidados de saúde. No entanto, a investigação neste domínio ainda permanece limitada. Neste sentido, este estudo pretende compreender e analisar a discriminação, o preconceito e as atitudes para com lésbicas de futuros enfermeiros, com base numa amostra particular de 204 estudantes de enfermagem do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 31 anos (M=21). Na realização deste trabalho, foram aplicados os seguintes instrumentos: a) um questionário com dados sociodemográficos; b) a Escala de Percepção de Discriminação; c) uma versão reduzida do Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo, e d) a Escala de Discriminação na Saúde. Os resultados mostram que estes estudantes, em média, consideram que a religião é a dimensão mais discriminatória, ao contrário da área da saúde, que apontam como sendo aquela em que há menos discriminação. Adicionalmente, a maioria admite que a homofobia varia com o contexto e localização geográfica e acredita que a orientação sexual pode ser um fator de risco (79.2%), relativamente a episódios de mal-estar psicológico/psiquiátrico. A heteronormatividade dos participantes destacou-se como um fator relacionado com o nível de discriminação na área da saúde. As crenças e/ou atitudes mais negativas foram encontradas nos estudantes mais novos, nos que habitam em meios rurais, nos que detêm orientação política tendencialmente de direita, e nos que não conhecem nem têm amigas lésbicas. No entanto, estes dados devem ser interpretados com precaução, tendo em consideração fatores externos que poderão contribuir para as percepções dos participantes. Seria desejável que os estudantes tivessem acesso a mais informação sobre a comunidade lésbica, nomeadamente, através da inclusão de material apropriado nos programas curriculares, potenciando um maior conhecimento e atitudes mais positivas para com as pessoas lésbicas. É necessária a continuidade desta linha de estudos, no sentido de dar voz às necessidades das minorias sexuais e em particular às das lésbicas, invisíveis pela condição de mulher e orientação sexual em simultâneo.

Palavras-chave: Discriminação, Preconceito, Atitudes, Lésbicas, Estudantes, Enfermagem, Saúde

DISCRIMINATION, PREJUDICE AND ATTITUDES TOWARD LESBIANS: STUDY WITH A NURSING STUDENTS SAMPLE

ABSTRACT

The attitudes, perceptions and beliefs of healthcare professionals about feminine homosexuality draw practical implications in the access of this community to healthcare services. Nevertheless, research in this domain is still sparse. In this direction, this study proposes to comprehend and analyse the discrimination, the prejudice and the attitudes toward lesbians of future nurses, based on a particular sample of 204 female nursing students, with ages between 18 and 31 years old (M=21). In the development of this work, the following instruments have been applied: a) a questionnaire containing sociodemographic data; b) the Scale of Perception of Discrimination; c) a shortened version of the Multidimensional Questionnaire of the Polymorphic Prejudice and d) the Scale of Discrimination in Health. The results show that these students, in average, consider that religion is the most discriminatory dimension. Additionally, the majority admits that the homophobia varies with the context and geographical location and believes that the sexual orientation can be a risk factor (79.2%), in what concerns episodes of psychological/psychiatric discomfort. The heteronormativity of the participants has revealed to be as a factor associated with the level of discrimination in the healthcare area. The more negative beliefs and/or attitudes were assumed by the younger students, by those that live in the countryside, by those that possess a tendentially right-wing political ideology, and by those that do not have lesbian friends. However, these statistics must be interpreted with the precaution, having in consideration external factors that may possibly contribute to the participants' perceptions. It would be desirable for students to have access to more information about the lesbian community, through the inclusion of particular material in their curriculum programmes, fostering a greater knowledge and more positive attitudes toward lesbian people. It is essential to continue this line of studies, to voice the needs of the sexual minorities, in particular the lesbians that are invisible due to their simultaneous woman condition and sexual orientation.

Keywords: Discrimination, Prejudice, Attitudes, Lesbians, Students, Nursing, Health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1 Profissionais de saúde e a comunidade LGBT	10
1.1 Profissionais de saúde e a comunidade lésbica	13
2 Estudantes e a comunidade LGBT	15
2.1.1 Direitos da comunidade LGBT na sociedade	16
2.1.2 Contexto de formação	17
2.1.3 Conceção e perceção da homossexualidade	18
2.1.4 Interação social	19
2.1.5 Prestação de cuidados de saúde	20
2.2 Estudantes e comunidade lésbica	24
2.2.1 Estereótipos mais comuns	24
2.2.2 Conceção e perceção de lesbianismo	26
2.2.3 Interação com lésbicas	26
2.2.4 Direitos da comunidade lésbica na sociedade	27
2.2.5 Fatores individuais e sociais	28
ESTUDO EMPÍRICO	29
1 Objetivos e problema de investigação	29
2 Método	30
2.1 Participantes	30
2.2 Instrumentos	31
2.3 Procedimento	33
3 Resultados	33
3.1 Análise descritiva da escala de discriminação percebida	33
3.2 Análise descritiva da escala de preconceito polimorfo e escala de discriminação de lésbicas na saúde	34
3.3 Análise descritiva de outras variáveis relevantes	35
3.4 Análise exploratória das correlações entre as variáveis de preconceito polimorfo e discriminação de lésbicas na saúde	36

3.5	Diferenças em função da idade	37
3.6	Diferenças em função do meio atual de residência (urbano <i>versus</i> rural)	38
3.7	Diferenças em função de ter ou não amigas/conhecidas lésbicas	39
3.8	Diferenças em função da orientação política	40
3.9	Diferenças em função do ano acadêmico	40
DISCUSSÃO		42
CONCLUSÃO		47
BIBLIOGRAFIA		48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	– Distribuição das participantes em função do ano acadêmico.	30
Gráfico 2	– Distribuição das participantes em função do meio.	31
Gráfico 3	– Distribuição das participantes em função do distrito.	31
Gráfico 4	– Distribuição das participantes em função da orientação política.	31
Gráfico 5	– Distribuição das participantes em função da frequência de voto.	31
Gráfico 6	– Opções sugeridas para melhorar os serviços de Saúde.	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	– Discriminação percebida das participantes mediante os contextos.	34
Tabela 2	– Análise descritiva das escalas de preconceito polimorfo e discriminação na saúde.	34
Tabela 3	– Percepção da discriminação de lésbicas em função da região.	35
Tabela 4	– Correlações entre as variáveis de preconceito polimorfo e discriminação na saúde.	37
Tabela 5	– Diferenças entre as subescalas em função da idade.	38
Tabela 6	– Diferenças entre os totais das escalas em função da idade.	38
Tabela 7	– Diferenças entre os totais das subescalas em função do meio.	38
Tabela 8	– Diferenças entre os totais das escalas em função do meio.	39
Tabela 9	– Diferenças entre os totais das subescalas em função de ter ou não amigas lésbicas.	39
Tabela 10	– Diferenças entre os totais das escalas em função de ter ou não amigas lésbicas.	40
Tabela 11	– Diferenças entre os totais das subescalas em função da orientação política	40
Tabela 12	– Diferenças entre os totais das escalas em função da orientação política.	40
Tabela 13	– Diferenças entre os totais das subescalas em função do ano acadêmico.	41
Tabela 14	– Diferenças entre os totais das escalas em função do ano acadêmico.	41

INTRODUÇÃO

O contexto histórico, social, cultural e político são determinantes na forma como a discriminação é dirigida às pessoas LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros) e sentida por estas, e, não obstante a existência de uma mudança social relacionada com a valorização dos seus direitos legais, esta população continua a ser alvo de discriminação a diversos níveis (Costa, Pereira, Oliveira & Nogueira, 2010). Desta forma, é premente e interessante cientificamente explorar a forma como as minorias sociais se encontram enquadradas (Clarke, Ellie, Peel & Riggs, 2010 *cit. in* Costa *et al.*, 2010).

Para uma melhor compreensão dos conceitos abordados nesta dissertação é necessário conhecer conceitos como o processo de atração sexual e/ou envolvimento emocional e amoroso, que é durável no tempo, direcionado para homens, mulheres e/ou ambos os sexos - **orientação sexual**. É, portanto, importante reconhecer os conceitos inerentes às pessoas que se sentem atraídas e/ou envolvidas emocionalmente ou de forma amorosa pelo sexo oposto - **heterossexuais** - pelo mesmo sexo - **homossexuais** - ou ambos os sexos - **bissexuais**. Adicionalmente, os **transexuais** identificam-se com outro género que não o de pertença e apresentam, no mínimo, modificações causadas por tratamentos hormonais. (APA 2008, *cit. in* Oliveira, 2010). Segundo a APA, o **transgenderismo** é um conceito mais abrangente que inclui a transexualidade e outras formas de identidades e expressões de género que não se incluem na norma, nomeadamente *travestis e queer*. (APA 2009, *cit. in* Oliveira, 2010).

É igualmente importante reconhecer que as minorias sexuais continuam a ser vítimas de **discriminação, preconceito e atitudes negativas**. O primeiro é conceptualizado pela negação dos objetivos desejados por um grupo de pessoas e o preconceito, por sua vez, diz respeito à atitude cultural baseada em estereótipos negativos (Hoonard, 1993). Relativamente à população LGBT, estes fenómenos sociais encontram-se intimamente relacionados com a **homofobia**, que pode ser caracterizada como a atitude negativa para com homossexuais (Carneiro, 2009, *cit. in* Oliveira, 2010). Igualmente relacionada é a ideia de **heteronormatividade**, considerada um conjunto de crenças que contribuem para instituir a heterossexualidade (Ingraham, 2006; Warner, 1993, *cit. in* Oliveira, 2010). Por sua vez, esta promove o **heterossexismo**, que se prende com a ideia de dicotomia do género feminino e masculino, valorizando a heterossexualidade e remetendo outras orientações sexuais para o desprestígio de um lugar à margem da sociedade (Herek, 1995, *cit. in* Oliveira, 2010).

No que diz respeito à atitude, esta pode ser definida como uma predisposição para um comportamento ou reação numa determinada direção relativamente a uma pessoa, objeto, problema ou instituição (Stedman, 2005).

No contexto atual português tem-se vindo a assistir a mudanças legais no que concerne aos direitos e à discriminação da população LGBT. No entanto, estas alterações são frequentemente dúbias e contraditórias, incluindo lacunas na área da Saúde. De facto, são inexistentes leis de identidade de género que incluam questões da população transgénero e transexual, sendo a Ordem dos Médicos responsável pela questão da mudança de sexo, apenas aberta a aqueles que sejam adequadamente diagnosticados por vários profissionais como sendo transexuais ou possuindo disforia de género e se sujeitem a diversos tipos de restrições e desafios morosos a nível social, biológico e legal. Outros exemplos de formas de discriminação não protegida pela lei são a recusa da recolha de sangue de homens que assumam ter experiência prévia de relações sexuais com outros homens e o facto da procriação medicamente assistida não ser um direito legal das mulheres lésbicas. (Almeida, 2004, *cit. in* Oliveira, Pereira, Costa & Nogueira, 2010).

O presente estudo encontra-se inserido num projeto de investigação intitulado “Cidadania Sexual nas (Mulheres) Lésbicas em Portugal. Experiências de Discriminação e Possibilidades de Mudança”, que tem como objetivo dar visibilidade às mulheres lésbicas de Portugal em diversos contextos e é pioneiro em estudar esta população em específico. A contribuição deste estudo para o Projeto insere-se na área da Saúde, com o intuito de analisar as atitudes e perceções na sua origem: os estudantes e futuros profissionais de saúde.

Deste modo, espera-se que este trabalho promova a sensibilização e consciencialização da problemática das lacunas na prestação de cuidados de saúde às minorias sexuais em geral e às lésbicas em particular, originadas pela discriminação, preconceito, atitudes negativas e falta de (in) formação. Idealmente, deseja-se que este estudo contribua para despoletar uma mudança de atitude e inspire novas linhas de investigação nesta área ainda tão pouco explorada.

Em termos de enquadramento teórico, esta dissertação encontra-se dividida em 2 partes: a primeira referente aos profissionais de saúde e a segunda relacionada com os estudantes de saúde. Na análise destas áreas, será considerada a população LGBT no seu todo numa primeira abordagem, mas posteriormente com um foco especial na comunidade lésbica.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 Profissionais de saúde e a comunidade LGBT

Embora as questões da saúde da população LGBT tenham muito em comum com as da restante população, tem sido reconhecido que possuem necessidades específicas. É igualmente assumido que esta comunidade enfrenta desigualdades na prestação de cuidados de saúde. Com base nestas evidências, os profissionais devem saber quando estão perante pacientes LGBT e como manter uma conversa adequada com os mesmos. Neste sentido, compete aos profissionais de saúde adotar alguns comportamentos de inclusão desta população, nomeadamente: garantir a confidencialidade e o respeito, perguntar sobre um parceiro evitando termos heteronormativos e procurar ter acesso a informações relevantes sobre o comportamento sexual, para ser avaliado o risco de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Os profissionais deverão também ter em atenção questões mais relacionadas com a identidade de género, procurando favorecer a revelação da identidade e orientação sexual dos pacientes LGBT, e ter em consideração as questões familiares e legais inerentes a esta população, tal como os fatores de risco para problemas psicológicos devido ao estigma e marginalização (Makadon, 2011).

Infelizmente, a literatura demonstra que esta comunidade, estimada entre 5% a 10% da população total (Quintas, 2008), continua a ser vítima de discriminação, preconceito e atitudes negativas. De facto, são comuns as descrições de exemplos como a recusa de prestação de cuidados, alguns mesmo em situações críticas de Urgências de hospitais, quebrando o sigilo profissional (ao revelar em voz alta a outros profissionais que o paciente é transgénero sem que este desse consentimento), risos com conotação negativa, associação precipitada de sintomas de DSTs sem fundamento médico, culpabilização do doente achando-o merecedor do sofrimento que a respetiva condição física causa, direção do foco de atenção clínica para aspetos da mudança de sexo e desvalorização da queixa do paciente e/ou aconselhamento a abandonar os tratamentos inerentes à mudança de sexo. É importante referir que alguns destes comportamentos contribuíram para o agravamento da condição médica do paciente (Wessler, 2005). Outra questão relacionada com as atitudes face à população LGBT é a da preparação adequada e especializada para a prestação de cuidados. Neste contexto, Burch (2008) pretendeu avaliar o nível de preparação para cuidar de pacientes LGBT com lesões medulares de 402 profissionais de saúde oriundos de diversas áreas e instituições de saúde dos Estados Unidos da América. Para o efeito, baseou-se essencialmente no conhecimento, atitude e autoeficácia, essenciais para a qualidade da prestação de cuidados a esta população, e serviu-se do Modelo Transteórico, utilizado previamente para explorar a capacidade humana para a mudança de atitudes em 5 fases: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação e Manutenção. (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski, Fiore *et al.*, 1994, *cit. in*

Burch 2008). Na fase da Pré-contemplanção, a decisão de mudar está tomada e existe já uma preparação em torno da mesma, contudo não existe a percepção do heterossexismo como negativo, pelo que o interesse na mudança é nulo (Marsiglio, 1993, *cit. in* Burch, 2008).

Os resultados apontaram para a existência de atitudes negativas face a pacientes LGBT. Especificamente, 79% dos participantes afirmaram nunca terem ponderado a hipótese de alguns dos seus pacientes não serem heterossexuais, o que os situa no estágio da Pré-contemplanção. Este aspeto pode ser problemático, dado que se um profissional não tem consciência do seu conhecimento limitado sobre a população LGBT, a mudança de atitude é improvável. Cerca de 44% dos participantes afirmaram possuir um conhecimento muito limitado ou inexistente sobre a prestação de cuidados a pacientes LGBT.

A autora também alerta para exemplos de uma base heterossexista por parte dos profissionais de saúde, como a exploração do suporte social do paciente que não deixa margem para relações LGBT, a utilização de material de educação para a saúde que não inclui material abrangente a esta população e o assumir que existe igualdade de conhecimento e sensibilidade cultural, independentemente da instituição de prestação de cuidados de saúde.

Em Portugal, um estudo de Moita (2001) analisou discursos sobre a homossexualidade em psicólogos e psiquiatras, concluindo que ainda existe falta de conhecimento e enquadramento social da homossexualidade. Um exemplo público de discriminação no contexto nacional é o artigo de opinião da autoria de Clode (2009) numa publicação da revista da Ordem dos Médicos, do qual se destaca a seguinte declaração:

"A sociedade homossexual diferencia-se da heterossexual pelos gestos, pela fala, pela indumentária, pelos gostos e por manifestações subtis que identificam um comportamento. (...) É repudiada em todas as civilizações, mas tolerada nas civilizações mais evoluídas pois a humanidade aprende a respeitar os doentes, os defeituosos, os anormais, os portadores de taras..."

Embora o código ético e de conduta profissional para enfermeiros refira que estes profissionais devam prestar cuidados de qualidade, reconhecendo e respeitando o facto de cada pessoa ser única, a literatura indica que esta nem sempre é a realidade no que diz respeito à população LGBT, que não quer direitos especiais mas a igualdade de direitos. (Irwin, 2007).

Segundo Yen, Pan, Hou e Liu (2007), o comportamento dos enfermeiros é influenciado pelos estereótipos, tabus, e mitos sociais relativamente à orientação sexual. Estes autores estudaram uma amostra de 1540 enfermeiros (99% do sexo feminino), que revelou uma ordem decrescente de atitudes negativas face a gays e lésbicas em 4 dimensões: contacto, estereótipos, moralidade e condenação/tolerância. Os enfermeiros que demonstraram atitudes mais negativas eram menos propensos a prestar cuidados a estes pacientes. Este pode ser um sério entrave na prestação e qualidade dos serviços de saúde prestados, dado que a prática de enfermagem exige contacto com os pacientes.

Desta forma, este estudo revelou que o contacto prévio com homossexuais (familiares amigos ou pacientes) promove atitudes mais positivas e sugere que os enfermeiros partilhem com colegas e estudantes as experiências positivas de contacto com homossexuais.

Os enfermeiros com mais habilitações, como um bacharelato ou mestrado revelaram atitudes mais positivas, possivelmente porque tiveram mais possibilidade de ganhar consciência dos seus valores relativamente a este tema. Contudo, os que tinham mais experiência a trabalhar em enfermagem tinham atitudes mais negativas, o que pode ser devido a uma tendência para o tradicionalismo de papéis sexuais e estereótipos ou a uma educação desatualizada. No entanto, a idade não estava relacionada com as suas atitudes. Quanto mais praticantes da sua religião, mais tendência para atitudes negativas detinham, ressalvando que existem diferentes religiões em Taiwan, incluindo o Cristianismo que condena a homossexualidade e outras que não mencionam publicamente o tema da homossexualidade (eg. Budismo e Taoismo).

Situando a heteronormatividade na realidade portuguesa, Quintas (2008) verificou que, dos 124 enfermeiros aos quais aplicou um questionário, 58% dos inquiridos partem frequentemente do princípio que os pacientes têm uma orientação heterossexual e 9,5% partem sempre desse pressuposto, sendo que apenas 26,2% perguntam a orientação sexual do utente. Além disso, 71,4% não questiona o utente acerca das suas práticas sexuais, pelo desconforto em abordar o tema (24,4%), ou pelo receio do utente se sentir ofendido (62,2%).

Relativamente à incidência de Sida, 8.7% consideram, erradamente, que é mais frequente na população LGBT e 4.8% não prestam cuidados a essa população com medo de contrair a doença. Por outro lado, 4.8% consideram que alguns profissionais de saúde deveriam procurar “cura” para os pacientes homossexuais e bissexuais. Cerca de 13.5% dos enfermeiros afirmou sentir-se pouco confortável (13.5%) ou mesmo desconfortável (0.8%) na prestação de cuidados a um utente LGBT e 12.7% não lhes prestaria cuidados caso lhes fosse dada a opção.

A grande maioria (81.7%) admitiu que possui pouco conhecimento sobre LGBT ou mesmo nenhum (3.1%) e não tiveram prévia formação académica (60.3%). No entanto, os que detinham formação, consideravam-na insuficiente para lidar com questões de orientação sexual (48%) e sentiam necessidade de receber formação nessa área (66.7%). Demonstrando uma visão heterossexista, a maior parte dos enfermeiros considerou que a população LGBT não tem especificidades de saúde que requer cuidados específicos (92.1%). Cerca de 23% já tinham presenciado situações discriminatórias, especialmente verbais (69%), sendo os serviços de saúde (48%) e espaços de lazer (55.2%) os locais mais mencionados para a ocorrência de discriminação. Adicionalmente, 67,5% dos enfermeiros não concorda com a reprodução medicamente assistida dos casais de lésbicas, e 20,6% concordam com a negação do acesso à visita hospitalar dos LGBT que sejam companheiros de pacientes internados.

Ainda neste estudo, os profissionais demonstraram mais atitudes positivas que homofobia, embora as suas respostas refletissem heterossexismo e homofobia latente.

1.1 Profissionais de saúde e a comunidade lésbica

Peel e Thomson (2009), alertam que a saúde sexual das mulheres que têm sexo com outras mulheres tem sido negligenciada. De facto, a pouca literatura existente aponta que as lésbicas são uma comunidade com especificidades e carências no que respeita à prestação de cuidados de saúde. Estas têm menor tendência para procurar os serviços de saúde e apresentam fatores de risco específicos que podem ter como consequências o comprometimento da saúde e do bem-estar (McNair, 2003).

Além disso, tem sido demonstrado que esta população é vítima de discriminação do sistema de saúde e dos profissionais de saúde. Em Maine, algumas situações de discriminação foram reportadas como o caso de uma mulher lésbica que se deslocou para fazer exames de rotina e Papa Nicolau junto do profissional por quem já tinha sido atendida anteriormente. Quando a paciente revelou a identidade sexual, o médico delegou a execução dos respetivos exames a uma enfermeira. Também quando a paciente pediu a requisição de análises para o vírus da Sida, este foi negado pois o médico entendeu que a sua orientação sexual tornava desnecessário o despiste da doença. Do mesmo modo, Sinding, Barnoff e Grassau (2004) descobriram que a algumas lésbicas vítimas de cancro foi negado tratamento *standard*, foram rotuladas e/ou e alguns aspetos da sua identidade e contexto social relevantes para a doença foram ignorados. A literatura reporta também situações em que lésbicas não se podiam despedir das suas companheiras que estavam no hospital a morrer ou lhes era impossibilitado o consentimento ou decisões importantes para a saúde da parceira, por não ser um casal heterossexual (e.g., Bent & Magilvy, 2006; Gartrell & Boss, 2010).

Bjorkman e Malterud (2006) alertam para o facto de muitas lésbicas optarem por não revelar a sua identidade sexual devido ao medo do preconceito, o que torna mais complicada a investigação científica desta população. Estes autores enfatizam a importância das lésbicas revelarem a sua orientação sexual no sentido de uma melhoria dos cuidados de saúde pois não é possível a identificação de uma lésbica pela sua aparência, pelo que a única forma que o médico tem para saber tal informação é através da revelação da paciente. Esta informação pode ser extremamente importante quando a paciente apresenta um quadro depressivo ou está numa consulta ginecológica, na qual é essencial que esta seja considerada como um todo e se deve falar acerca de um parceiro. Este estudo aponta ainda para o papel da sensibilidade cultural, em que os profissionais devem atender cada paciente com uma postura aberta e compreensiva e uma linguagem que pode ser determinante.

Por outro lado, Westersthäl e Björkelund (2003) chamam a atenção de que um dos temas de interesse na área da saúde das lésbicas é o da aceitação e conhecimento dos profissionais de saúde

sobre as lésbicas. O seu estudo teve como objetivo a reflexão e compreensão mais profunda dos mecanismos da invisibilidade lésbica, utilizando para o efeito um grupo de profissionais de Medicina Geral e Familiar da cidade de Gotemburgo, na Suécia. Estes profissionais foram voluntários de um estudo prévio, no qual responderam a um inquérito, e que demonstrou que poucos profissionais detinham conhecimento sobre a existência de lésbicas entre os seus pacientes, e que nunca ou, raramente, tinham a iniciativa de falar acerca de questões de identidade sexual. Neste estudo em particular, os resultados revelaram que a dificuldade para questionar os pacientes acerca da abordagem do tema da identidade/orientação sexual se deve ao receio de ofender mulheres heterossexuais considerando que o mesmo não aconteceria com as lésbicas. Do mesmo modo, revelou as dificuldades dos profissionais em escolher a melhor forma de o fazer pois as palavras não são independentes de valores e hierarquias. A informação acerca de um parceiro sexual é relevante para a existência de uma representação da paciente e pode ajudar a esclarecer ou a compreender problemas de saúde. A melhor forma de os questionar será abrangendo ambas as identidades/orientações sexuais. Concluindo, os resultados deste estudo apontam para que as tradicionais técnicas de consulta são insuficientes para o conhecimento da existência de pacientes lésbicas. No entanto, profissionais de saúde, podem contribuir para a visibilidade das lésbicas, se ultrapassarem as noções tradicionais de família e sexualidade.

No que diz respeito aos enfermeiros, pode ser considerado que estes se encontram numa posição privilegiada para interceder pelos direitos das mulheres lésbicas e bissexuais (Weisz, 2009), das quais Wilton (1999) destaca as parteiras. Assim, procurou encontrar evidências de homofobia nas culturas norte-americana e britânica e discutir a sua importância para esta profissão. No final, foram identificados 5 temas recorrentes. O primeiro diz respeito à ansiedade face às diferenças sexuais. Se tivermos em atenção a influência cultural, biomédica e social da dicotomia homem-mulher e que a reprodução é a chave da diferenciação sexual, pode-se considerar que as parteiras trabalham diariamente com o ato mais feminino. No entanto, o constructo sociocultural coloca as pessoas que desejam mulheres no lado masculino da dicotomia sexual. Deste modo, a paciente lésbica pode ser percebida como uma antagonia humana, o que pode ter uma grande influência no trabalho destas profissionais. O segundo tema encontrado foi o de medo da sexualidade feminina, enfatizado em resposta ao medo de DSTs. Num contexto histórico em que o papel da mulher é o de dar à luz e no qual a negação da sexualidade das mães está bem patente, as mães lésbicas surgem como independentes do controlo masculino. No entanto, é preciso ter em consideração que a literatura aponta para que os filhos de mulheres lésbicas são igualmente saudáveis a nível psicológico, pelo que não existe um impeditivo para que não se permita a reprodução assistida a estas mulheres (e.g.: Dower, 2001; Gartrell & Boss, 2010). Assim, permitir a reprodução medicamente assistida a lésbicas não significa a desvalorização da família tradicional e do papel do pai e traz diversidade à sociedade

(Dower, 2001). O terceiro tema encontrado no estudo foi o da sexualização de lesbianismo, isto é, uma excessiva sexualização das lésbicas na Medicina e na Cultura popular (como telenovelas), o que pode ter um impacto negativo nas parteiras. O quarto componente da homofobia foi o de naturalização da heterossexualidade, em que tudo o que não se relacionada com a heterossexualidade é anormal. O último tema encontrado foi o de “paranóia” face à invisibilidade das lésbicas, dado que não se distinguem pela aparência. No entanto, as lésbicas optam, geralmente, por não revelar a orientação sexual às parteiras. Contudo, e devido às características da sua profissão, as parteiras estão em posição privilegiada para prestar cuidados de qualidade a mães lésbicas.

De facto, se as enfermeiras que trabalham com mulheres grávidas souberem mais acerca da história de vida das pacientes, este processo vai ajudar ao esclarecimento das suas questões, das questões das futuras mães e dos seus familiares. Além disso, irá ajudar na compreensão de como estas mulheres vivem numa sociedade heterossexista e homofóbica e do impacto que provoca nas suas vidas. A partilha destas histórias na literatura de enfermagem irá promover a mudança na educação, na prática profissional e política (Goldberg, Ryan & Sawchyn, 2009).

Por outro lado, o estudo de Røndahl, Bruhner e Lindhe, (2009) aponta para a existência heteronormatividade por parte de parteiras e enfermeiros, e sugere que seria adequada a formação no sentido de uma comunicação mais neutra, de modo a contribuir para o sentimento de segurança da paciente e respetiva companheira.

Concluindo, Dam, Koh e Dibble (2001) alertam para o facto de ser importante que os profissionais de saúde reconheçam que as pacientes lésbicas podem diferir das heterossexuais em variadas vertentes como aspetos emocionais, sociais e de saúde física. O seu estudo aponta para o facto das lésbicas quererem que os profissionais de saúde estejam informados sobre a sua identidade sexual, não obstante os constrangimentos que tal provoque. Além disso, estas tendem a adiar a ida aos serviços de saúde por medo de discriminação, o que pode ter implicações na sua saúde e bem-estar e ter como consequência o aumento da morbilidade e mortalidade através de doenças crónicas ou agudas. Com efeito, os profissionais de saúde que promovam a revelação da identidade sexual do paciente poderão providenciar cuidados de saúde mais adequados e personalizados.

2 Estudantes e a comunidade LGBT

Os profissionais de saúde, os pacientes ou os seus familiares que pertençam à população LGBT são frequentemente invisíveis num sistema de saúde que assume a heterossexualidade de todos. A este fator são adicionados os constrangimentos dos profissionais de saúde na exploração dos seus possíveis preconceitos e a lacuna no ensino de várias áreas da saúde na instrução alusiva ao relacionamento com esta comunidade. Esta combinação reflete os fatores de risco para a existência, na comunidade da

saúde, de pressupostos baseados em estereótipos heteronormativos e preconceitos e destaca a importância da instrução destes profissionais acerca das questões LGBT (Röndahl, 2009).

Relativamente aos estudantes das áreas da saúde, existem similarmente, muitos estudos que apontam para a existência de homofobia e atitudes negativas para com a população LGBT.

Com o objetivo de identificar as atitudes perante a homossexualidade feminina e masculina, 93 alunos licenciados inscritos no 1, 2º ou 3º ano de especialização na área da saúde numa universidade pública, responderam a um inquérito. Os resultados revelam uma atitude preconceituosa entre estes estudantes, relativamente à homossexualidade masculina e feminina. Mais especificamente, 82.6% dos participantes manifestaram atitudes preconceituosas relativamente a gays e lésbicas que contrasta com a pequena percentagem de 17,5% que não manifestaram preconceito ou apenas neutralidade (Gusmán, Ortiz, Torres & Alfonso, 2007).

De facto alguns estudos de revisão de literatura vêm confirmar que a homofobia não se trata de um fenómeno de pequenas proporções. Com efeito, Campo-Arias e Herazo (2008) realizaram uma revisão da literatura de 6 investigações conduzidas entre 1998 e 2007, com estudantes de Medicina onde foi verificada a prevalência da homofobia em 10% a 20% dos mesmos. Do mesmo modo, Campo-Arias, Herazo e Cogollo (2010) fizeram uma revisão de 8 estudos entre 1998 e 2008, sobre a homofobia em estudantes de enfermagem, onde verificaram uma elevada frequência nesta população, sendo que a incidência se situa entre 7% e 16%.

Em seguida estão apresentados mais exemplos de discriminação, preconceito e atitudes negativas, que para maior facilidade de apresentação, estão divididas por temáticas, nomeadamente, os direitos da comunidade LGBT na sociedade, o contexto de formação, a conceção e perceção da homossexualidade, a interação social, a prestação de cuidados de saúde e fatores individuais e sociais.

2.1.1 Direitos da comunidade LGBT na sociedade

Os fatores de risco para a saúde da população LGBT residem mais na existência de uma sociedade homofóbica do que na diversidade identitária e de orientação sexual (Peterkin & Risdon, 2003). Assim não é surpreendente que, relativamente a questões sociais, um estudo com estudantes de Medicina Hong Kong tenha revelado que estes tendem a acreditar que os meios de comunicação social transmitem uma imagem negativa dos homossexuais (cerca de três quartos) e que estes deveriam ter os mesmos direitos legais quanto ao casamento (dois terços), mas não relativamente à adoção (46%). No entanto, outro estudo revelou que 38% estudantes de especialização na área da saúde evidenciaram não concordar com a legalização das relações homossexuais, e que 37.7% se sentiriam desconfortáveis apenas com a observação de duas pessoas de sexo masculino de mãos dadas. (Guzmán, *et al.*, 2007).

No que concerne à adoção, uma das possíveis explicações para a visão dos estudantes pode estar patente no estudo português de Gato e Fontaine (2010), com estudantes de diversas áreas – Medicina,

Enfermagem, Serviço Social, Educação Social, Direito, Sociologia, Sociologia e Educação de Infância – em diversas universidades do país. Este estudo indicou que os estudantes tendem a considerar que as crianças adotadas por homossexuais serão vítimas de discriminação, o que pode demonstrar a consciência do nível de homofobia em Portugal. Os estudantes anteciparam igualmente a probabilidade destas crianças virem a ser também elas um dia homossexuais, muito embora a literatura contrarie esta percepção.

Relativamente a direitos legais em geral, um estudo americano com 116 estudantes de enfermagem descobriu que uma percentagem destes considerava que os homossexuais não mereciam qualquer direito, sendo que 8% a 12% dos alunos acreditavam que deveria existir uma forma de punição contra a homossexualidade (Eliason, 1998), o que é consistente com os dados de um estudo na Alemanha com 180 estudantes, igualmente de enfermagem, em que 7% concordam com a ideia de condenação da homossexualidade (Lohrman, Välimäki, Suominen, Muinonen, Dassen, & Piate, 2000).

2.1.2 Contexto de formação

As atitudes homofóbicas que os estudantes irão adotar nas suas futuras vidas profissionais são tendencialmente influenciadas pela sua formação académica e respetivos contextos/pessoas associados.

Um dos aspetos a ter em consideração é a própria percepção que os estudantes têm acerca da eficácia da sua formação para lidar com populações LGBT. Um estudo de Anderson, Patterson, Temple e Inglehart (2009) centrou-se em 113 líderes estudantis que frequentavam o curso de medicina dentária em 27 universidades dos EUA e 3 universidades do Canadá. Os estudantes de 23 universidades não conseguiram nomear cadeiras que abordassem o tema, e concordaram que o programa curricular deveria incluir mais preparação para cuidar de pacientes LGBT. O facto de não conseguirem nomear disciplinas alusivas à temática é uma lacuna que pode ser interpretada de uma forma negativa pelos alunos. Assim sendo, não é surpreendente que alunos de 87.7% das 30 universidades sejam neutros ou não concordem que as aulas os preparem suficientemente para interagir com pacientes LGBT. Os que se sentiam mais preparados para cuidar essa população específica (em apenas 4 universidades) tendiam para considerar que a sua universidade possuía um ambiente mais favorável e com menor discriminação. É necessário considerar que quanto mais os alunos tiverem expostos a informação/material sobre a população LGBT, melhor preparados e mais confortáveis se irão sentir para cuidar de pacientes pertencentes a essa população específica. Adicionalmente, a maioria dos alunos respondeu que se sente confortável com superiores e/ou pacientes de qualquer orientação sexual (93.3%) e que a sua universidade promove igualdade de oportunidades para alunos de todas as orientações sexuais (96.7% das universidades). Este número baixou consideravelmente quando lhes foi perguntado se as suas universidades possuíam clínicas

sensíveis e assertivas relativamente a pessoas de orientação sexual diferente. Embora os alunos da maior parte das escolas afirmasse que nunca observou discriminação face a pacientes (66.7% universidades) ou profissionais de saúde LGBT (80% das universidades), os alunos de uma das universidades consideram que há diferença no tratamento de pacientes devido à sua orientação sexual, mais do que 1 vez por mês. Os alunos de duas escolas afirmaram também ter testemunhado comentários inapropriados acerca de minorias sexuais por parte de trabalhadores ou estudantes da escola, mais do que uma vez por mês. (Anderson *et al.*, 2009).

De facto, muitos estudos apontam para a falta de preparação dos estudantes para as questões LGBT, como um estudo australiano que demonstrou que $\frac{3}{4}$ dos estudantes mais velhos da área de saúde consideram que os respetivos cursos não os preparavam para as questões do trabalho com homossexuais (Jones, Pynor, Sullivan & Weerakoon, 2002). Por outro lado, Guzmán *et al.* (2007) revelaram que os estudantes que apresentavam um nível significativamente superior de distância social, não tinham formação prévia relativamente à homossexualidade feminina ou masculina.

Relativamente ao conhecimento sobre LGBT, Røndahl (2009) contou com a participação de 71 estudantes de Enfermagem e 53 estudantes de Medicina de universidades suecas que responderam ao *Knowledge about Homo- and Bisexual and transgender persons Questionnaire (KHBT)*, que abrange as seguintes áreas de conhecimento: conhecimentos sobre prestação de cuidados de saúde, conhecimentos a nível psicológico e conhecimentos gerais. O conhecimento dos estudantes acerca das questões LGBT revelou-se desadequado, especialmente nas áreas de conhecimento a nível psicológico e de cuidados de saúde. Deste modo, 82% dos estudantes das duas áreas da saúde revelaram falta de conhecimento básico na prestação de cuidados a esta população.

Atendendo a estes resultados, se não se verificarem modificações relativamente ao conhecimento dos alunos de saúde sobre LGBT, poderemos pressupor que a heteronormatividade irá perpetuar-se, influenciando os futuros cuidados de saúde prestados a esta população (Røndahl, 2009).

2.1.3 Conceção e perceção da homossexualidade

Tendo em consideração que a homossexualidade deixou de ser considerada uma perturbação mental em 1972, APA e em 1992 pela OMS (Mendelson, 2003, *cit. in* Campo-Arias *et al.*, 2010) e que a mesma é uma forma natural, saudável e válida de manifestação de atracção sexual e de relacionamento (Oliveira, 2010), é imperativo que os estudantes das diversas áreas da saúde assumam estas noções de forma clara, para serem prestados cuidados de saúde de qualidade à população LGBT.

Deste modo, e como futuros profissionais de saúde, é surpreendentemente negativa a elevada incidência de alunos que no estudo de Kan, Au, Chan, Cheung, Lam e Liu (2009) ainda considera a homossexualidade uma perturbação psicológica passível de terapia (>25%), da qual as pessoas se podem ver livres se simplesmente tiverem motivação para tal (> 50%). Esta ideia foi previamente

encontrada por outros estudos, como o de Hon *et al.* (2005), no qual um quarto dos alunos acreditava que a homossexualidade é uma perturbação psicológica que requer terapia. De igual modo Arnold, Voracek, Musalek e Spinger-Kremser (2004) verificaram que uma pequena percentagem de estudantes de Medicina considera a homossexualidade uma doença ou perversão. Estes dados contrastavam com a grande percentagem de estudantes (58.85%) que afirmaram não saber se a homossexualidade é caracterizada oficialmente como uma doença. De facto, alguns dos estudantes não demonstraram um grande conhecimento sobre a homossexualidade, ao manifestar incerteza sobre a possibilidade de ser seduzido para a homossexualidade e/ou que os homossexuais constituem uma ameaça para as crianças. Um número considerável chegou mesmo a afirmar que os homossexuais querem ser heterossexuais, e que existe uma grande probabilidade de o conseguir. No mesmo sentido, outro estudo demonstrou que 60% dos estudantes de Medicina e Enfermagem afirmaram não saber se a homossexualidade é classificada como doença mental (Röndahl, 2009). Similarmente, 25% dos alunos de enfermagem num estudo brasileiro (Parga, Sousa & Costa, 2001) afirmaram que as relações homossexuais se devem a uma perturbação psicológica, a uma anomalia genética, à superproteção por parte da mãe ou ao conjunto destas três condições. No entanto estes dados vêm contradizer a elevada percentagem de alunos (75%) que, no mesmo estudo, considera não fazer discriminação relativamente à orientação sexual, assumindo que todas as pessoas têm direito à liberdade de escolha do parceiro.

Por outro lado, Klamen *et al.* (1999) aplicaram uma escala de lickert a 72 estudantes de Medicina e concluíram que 14% dos mesmos considerava a homossexualidade imoral e 10% considerava-a um perigo para a instituição da família. Já um estudo em Inglaterra de Parker *et al.* (2000) concluiu que 2.2% considerava os homossexuais como sendo frequentemente “neuróticos”, e 12% considerava que os homens gays eram perigosos para as crianças.

2.1.4 Interação social

A forma como os LGBT são integrados e encarados pela sociedade também é um elemento central na compreensão da discriminação desta população. Kan *et al.* (2009) encontraram que 80% dos alunos de Medicina afirma não ter problemas com a hipótese de ter amigos/colegas homossexuais, mas que seria desconfortável o contacto com pessoas próximas homossexuais quer fossem parentes (>50%) ou colegas de quarto do mesmo sexo (aproximadamente 50%). Por sua vez, Hon *et al.* (2005) descobriram que apenas 36% tinham amigos homossexuais mas que a grande maioria aceitaria de bom grado se descobrissem que tinham amigos (as) gays ou lésbicas (86%). Embora 40% considere a presença de homossexuais um risco para a reputação da sua universidade, estes estudantes defendem que as suas capacidades de aprendizagem e trabalho são iguais à dos heterossexuais (93%). No que diz respeito ao distanciamento social, um estudo revelou que, embora revelassem uma atitude preconceituosa relativamente à homossexualidade masculina e feminina, a maior parte dos

participantes apresentava um nível pequeno de distância social dos homossexuais. Tendo em consideração que os alunos preencheram uma escala de preconceito que continha afirmações alusivas ao preconceito social e uma alusiva ao distanciamento social (que remetiam à mediação entre valores aprendidos, e o que é justo/correto), pode ser depreendido que as atitudes negativas dos estudantes perante a homossexualidade podem estar relacionadas com valores socialmente aprendidos e não refletir aquilo que realmente sentem (Guzmán *et al.*, 2007).

2.1.5 Prestação de cuidados de saúde

A falta de conhecimento sobre a população LGBT, desde o contexto de formação académica até ao nível interpessoal pode ter implicações na forma como os estudantes irão recolher dados sobre a história clínica dos pacientes e prestar-lhes o tratamento adequado. A título de exemplo, Jones *et al.* (2002) descobriu que dos 1132 estudantes de várias áreas da saúde de uma universidade, 55% antecipa desconforto ao perguntar a orientação sexual dos pacientes, mas o seu evitamento pode conduzir a relações erradas. De igual modo, grande parte de uma amostra de estudantes de saúde em Porto Rico afirmou que não é frequente identificar a orientação sexual do paciente (53.6%), embora a grande parte tenha admitido contacto com pelo menos um paciente LGBT (91.5%). No entanto, a percentagem de estudantes que afirmaram não evitar questões de carácter sexual é elevada (74%), ainda que não peçam, normalmente, permissão para o documentar no processo do doente (81%). Adicionalmente, nem metade tem o hábito de perguntar pela existência de um companheiro sexual (49%) ou filhos (18%). Os que tinham mais contacto prévio com pessoas LGBT, tinham mais tendência para perguntar a orientação sexual, comportamento sexual com parceiros do mesmo sexo e existência de filhos, demonstraram atitudes mais positivas e tinham maior conhecimento sobre as especificidades desta população e suas preocupações. Não obstante, todos os estudantes demonstraram pouco conhecimento sobre risco de cancro, saúde mental, risco de SIDA e nutrição (Sanchez, Rabatin, Sanchez, Hubbard & Kalet, 2006). Outro estudo revelou que 15% de uma amostra de estudantes de Medicina admitem que evitariam contacto físico com homossexuais, sob pena de contrair Sida e outras doenças (>15%) (Kan *et al.*, 2009).

Na mesma linha de estudo, Kelley, Choud, Dibble e Robertson (2008) expuseram alunos do 2º ano de Medicina da Universidade da Califórnia a um módulo de 2 horas, no qual tinham contacto com pessoas LGBT e as suas experiências. Os resultados apontam para uma mudança de atitudes dos estudantes e para o aumento no conhecimento de pessoas LGBT, na medida em que os estudantes revelavam maior predisposição para cuidar destes pacientes. Adicionalmente, os estudantes tinham maior consciência das dificuldades no acesso à saúde pela população LGBT (o que denota conhecimento dos efeitos da homofobia), e que a identidade e orientação sexual do paciente eram importantes na prestação de cuidados a esta população. Estas mudanças sugerem que o desconforto

dos estudantes perante os pacientes LGBT pode dever-se à ausência de contacto com os mesmos. Os autores acreditam que a eficácia do programa se deve, em grande escala, à abrangência dos aspetos culturais e sociais dos LGBT.

Vários estudos apontam para as diferenças nas atitudes negativas para com LGBT de acordo com diversos fatores individuais, pelo que esta secção pretende apresentar uma breve descrição dos fatores mais frequentemente mencionados na literatura, nomeadamente, a idade, a religião, o género, área de estudo, o ano académico, o contexto de estudo/trabalho, entre outras.

Numa amostra de estudantes de medicina foram incluídos fatores demográficos e alusivos às experiências prévias dos participantes. Os fatores que se revelaram mais significativos na contribuição para a atitude homofóbica foram ordenados de forma crescente: a não existência de uma experiência de relação homossexual, a falta de contacto com homossexuais, ausência de relações sexuais heterossexuais prévias, o simples facto de ser heterossexual, ter trabalhado com amigos homossexuais, ser do sexo masculino, e a crença na religião como origem dos valores morais (Kan *et al.*, 2009). Alguns destes fatores são corroborados por um outro estudo, com estudantes de Medicina e Enfermagem australianos, em que os participantes que tinham atitudes mais negativas face a LGB eram do sexo masculino, frequentavam serviços religiosos no mínimo 3 vezes por mês, não tinham experiência prévia de relações sexuais, tinham menor conhecimento sobre sexo e detinham orientação política tendencialmente de direita (McKelvey, Webb, Baldassar, Robinson & Riley, 1999).

Por outro lado, foram os alunos mais velhos e/ou do sexo feminino que, no estudo de Sanchez *et al.* (2006), revelaram atitudes mais positivas e melhor conhecimento sobre as especificidades da população LGBT e as suas preocupações. Parker *et al.* (2000) encontraram que as crenças religiosas, o facto de ser ao sexo masculino ou ser mais jovem foram os fatores que se revelaram relacionados com a homofobia. Um estudo em Inglaterra também indicou que os estudantes de enfermagem que demonstraram níveis mais altos de homofobia eram os mais velhos e/ou aqueles que negaram mais a prestação de cuidados a doentes seropositivos (Peate, Suominen, Välimäki, Lohrman & Muinonen, 2002). Do mesmo modo, um outro estudo demonstrou que os fatores que se revelaram mais relacionados com as atitudes negativas dos estudantes de enfermagem foram o serem mais jovens e do sexo masculino e o conservadorismo da religião (Eliason, 1998).

Por sua vez, o estudo de Røndahl (2009) com estudantes de Enfermagem e Medicina, apontou para que os estudantes religiosos apresentassem um menor nível de conhecimento sobre LGBT, pontuando-os menos no total da escala de conhecimento em geral. Este dado revelou uma tendência deste grupo para absorver menos a informação respeitante a esta população. No entanto, a religião não deve impedir a procura de conhecimento que os profissionais de saúde têm acerca desta população, seguindo os princípios éticos inerentes à sua prática profissional. Independentemente destas

diferenças, nenhum dos grupos (religiosos e não religiosos) apresentou uma pontuação mínima para passar nos testes.

Relativamente à influência familiar, uma amostra de 143 estudantes de programas de formação em aconselhamento social, assistência social e aconselhamento de reabilitação demonstrou uma correlação positiva entre três dimensões de funcionamento familiar dos estudantes licenciados e as atitudes negativas para com lésbicas e gays, nomeadamente o ênfase em questões religiosas e valores morais, a permissão de uma expressão aberta de raiva e do conflito e a valorização de atividades políticas, culturais e intelectuais (Kissinger, Lee, Twitty & Kisner, 2009).

Os estudos sobre diferenças de **género** seguem tendencialmente a mesma orientação. Um estudo observou que um maior número de estudantes de Medicina do sexo feminino afirmaram ter amigos homossexuais e que aceitariam e tratariam de forma indiferenciada amigos(as) que se revelassem gays ou lésbicas (Hon *et al.*, 2005). Resultados semelhantes foram encontrados noutra estudo (Arnold *et al.*, 2004), em que os estudantes do sexo masculino apresentaram maior preconceito e menor informação que as do sexo feminino. Skinner *et al.* (2001) verificaram que, embora todos os estudantes de Medicina revelassem atitudes positivas para com gays e lésbicas, as mulheres apresentaram os valores mais positivos e 11,8% dos estudantes do sexo masculino revelaram atitudes negativas mais significativas para com a homossexualidade masculina. Adicionalmente, Verdonk (2007, cap. 7), descobriu que os estudantes de Medicina do sexo masculino possuem estereótipos de género mais fortes.

Enquanto estudantes da **área de estudo** da saúde, seria esperado que adotassem uma atitude mais aceitante relativamente à população LGBT. No entanto, a literatura nem sempre corrobora essa assunção. Kan *et al.* (2009) comparam estudantes de Medicina com estudantes de outras áreas não pertencentes à categoria da saúde. Para tal, foi administrado um questionário tipo Lickert a 702 alunos, dos quais 425 eram estudantes de Medicina. Comparando os dois grupos de estudantes, os de Medicina revelaram uma maior atitude homofóbica, o que se traduz na maior percentagem de respostas relativamente a determinadas ideologias sobre a homossexualidade: é pecado (28.9% vs 16%), os homossexuais apresentam maior incidência de encontros sexuais esporádicos comparativamente à população heterossexual (32.8% vs 26.6%), quando seropositivos merecem a sua condição de saúde (21% vs 16.9%), não deveriam liderar organizações religiosas (63% vs 52%), nem casar (45% vs 30%). Também reconhecem mais que fazem piadas sobre homossexuais e que sentem mais nervosismo e mais desconforto a vários níveis, desde o simples pensamento em relações amorosas homossexuais (67% vs 58%) à ideia de ter pais homossexuais (87% vs 85%).

De modo semelhante, Arnold *et al.* (2004) desenvolveram um estudo com 122 estudantes de Medicina, 145 de Política e 153 Veterinária. Embora os resultados apontem, de uma forma global, para um nível baixo de preconceito e alto de atitudes positivas, os estudantes de Medicina e de Veterinária

apresentaram atitudes mais negativas que os restantes. No entanto, independentemente da área de estudo, o conhecimento acerca da homossexualidade era semelhante. Num outro estudo, quando comparado o conhecimento de estudantes de Enfermagem e Medicina sobre a população LGBT, foram apenas encontradas diferenças significativas no que concerne à subescala de conhecimento sobre prestação de cuidados, sendo os de Enfermagem a apresentar pontuações mais baixas (Röndahl, 2009).

Relativamente ao **ano académico**, os estudos com estudantes não revelam concordância nem padrão estável. Nos Estados Unidos da América, por exemplo, não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de homofobia entre os estudantes de enfermagem do primeiro e do último ano de formação (Schlub & Martsolf, 1999). No entanto, em Hong Kong, os alunos de Medicina do 1º e 2º ano foram os que manifestaram mais crenças positivas de igualdade entre homossexuais e heterossexuais no que diz respeito ao padrão de comportamento sexual (promiscuidade e fidelidade), quando comparados com os do 3º, 4º e 5º ano. De notar que apenas estes últimos anos têm contacto frequente com os pacientes (Hon *et al*, 2005). Contraditoriamente, em Porto Rico, observou-se que os alunos que frequentavam o primeiro ou segundo ano de especialização em saúde apresentavam um nível significativamente superior de distância social. Os autores sugerem que o facto de estes estudantes revelarem que a sua formação prévia em homossexualidade não provinha da sua atual escola levou a que o incremento do ano escolar acompanhasse um aumento do nível de distância social e de atitudes preconceituosas. (Guzmán *et al.*, 2007).

Alguns estudos procuraram ainda compreender e analisar as diferenças entre o **contexto académico e profissional** relativamente às questões da saúde da população LGBT. Um estudo na Suécia (Röndahl, Innala & Carlsson, 2004) revelou-se determinante para esta temática. Neste estudo foram comparados 4 grupos de uma mesma amostra: 48 enfermeiros, 37 auxiliares de enfermagem, 155 estudantes de enfermagem e 113 estudantes de auxiliares de enfermagem. Os participantes responderam a um inquérito em que liam uma anedota sobre a homossexualidade e tinham que manifestar os sentimentos que a mesma lhes despoletou. Das respostas obtidas, foram separadas três componentes emocionais em 67% dos dois grupos de profissionais e 62% de todos os estudantes: culpa homofóbica (culpa, compaixão, medo), raiva homofóbica (embaraço, vergonha, desdém, raiva, estranheza, repugnância), e prazer (satisfação, alegria, orgulho, encorajamento e esclarecimento). Dos 4 grupos, os que demonstraram mais raiva e culpa homofóbicas foram os estudantes de auxiliar de enfermagem, talvez por possuírem um nível mais baixo de educação e idade mais jovem (<20 anos). Além disso, os estudantes que não eram suecos nem tinham crescido na Suécia apresentavam valores mais altos relativamente à raiva e culpa homofóbicas. Os dois grupos de estudantes foram os que revelaram mais prazer, o que pode ser um indicador de uma atitude mais positiva para com os homossexuais. É de salientar que, neste estudo, foi revelada uma grande variedade de emoções

positivas e negativas e que a culpa e a raiva homofóbicas podem ser importantes preditores e esclarecedores relativamente às atitudes para com os homossexuais.

Adicionalmente, 36% dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem admitiram que se absteriam de prestar cuidados de enfermagem a pacientes homossexuais caso lhes fosse permitida a escolha. Tal resultado é surpreendente, pois este grupo já tinha experiência com esta população, o que segundo alguma literatura, poderá ser um fator potenciador de atitudes positivas. O facto de os pacientes não revelarem a sua orientação sexual pode ser outra explicação para este número elevado. Relativamente ao grupo de alunos de enfermagem e auxiliar de enfermagem, apenas 9% admitiram que se absteriam de prestar cuidados de enfermagem a pacientes homossexuais caso lhes fosse permitida a escolha, o que pode apontar para o sentido de uma mudança de atitudes por várias razões que incluem, por exemplo, uma sociedade mais aberta a questões sobre a homossexualidade (Rondahl *et al.*, 2004).

Concluindo, a heteronormatividade é uma das formas mais fortes de normalização, estando presente em diversos contextos da nossa sociedade. Os profissionais de saúde precisam de adquirir mais formação sobre LGBT, suas relações e famílias, nomeadamente no contexto histórico de atitudes na área da saúde, nos fenómenos da psicologia social como estereótipos e preconceitos, legislação antidiscriminatória e riscos para a saúde específicos desta população. Necessitam igualmente de ter contacto com pessoas LGBT e conhecer a sua própria forma de comunicar com esta população de forma verbal e não-verbal (Röndahl, 2009).

2.2 Estudantes e comunidade lésbica

Existe ainda pouca informação sobre a lesbofobia, o que se pode dever à desvalorização da mulher na sociedade e à invisibilidade destas mulheres que não se distinguem pela aparência nem se sentem confortáveis em revelar o seu estilo de vida. (Eliason & Randall, 1991). É, portanto, emergente a necessidade da educação acerca da comunidade lésbica na área da saúde para evitar que as visitas às instituições de prestação de cuidados sejam pautadas pela falta de conhecimento, formas de comunicação desadequadas e atitudes discriminatórias. É preciso reconhecer que a informação sobre as lésbicas merece a condição de disciplina diferenciada, devido às especificidades e fatores de risco para a saúde que esta população enfrenta (McNair, 2003).

2.2.1 Estereótipos mais comuns

A lesbofobia pressupõe não apenas estereótipos e evitamento social, mas também atitudes negativas (Eliason & Randall, 1991) que, por sua vez, mantêm os estereótipos que fazem parte de uma

sociedade heterossexista e cuja história enfatiza o heterossexismo e os papéis tradicionais esperados de cada sexo (Eliason, Donelan & Randall, 1992).

Neste sentido, Eliason *et al.* (1992) identificaram temas e/ou padrões que representassem estereótipos, utilizando questionários com questões abertas e fechadas que foram preenchidos por 189 estudantes sexo feminino frequentando o último ano de enfermagem. Este estudo apontou para a existência de 5 estereótipos/temas principais, tal como considerar que as lésbicas seduzem mulheres heterossexuais, gostariam de ser homens, são demasiado ostensivas, influenciam negativamente as crianças ou constituem um meio de propagação de DSTs. Deste modo, a ideia de que as lésbicas seduzem mulheres heterossexuais foi a mais comumente encontrada e poderá estar associada com o estereótipo de que as lésbicas possuem uma assertividade sexual típica dos homens. Assim, na sociedade heterossexista e de dicotomia sexual, se as lésbicas não se encontram do lado feminino, representam a sexualidade masculina. Este padrão de sedução de heterossexuais por lésbicas tinha sido igualmente encontrado numa amostra anterior de 120 estudantes de enfermagem onde a taxa de fobia a lésbicas também se revelou elevada (Eliason & Randall, 1991).

Outro padrão comum era a crença de que as lésbicas desejam ser homens, o que vai ao encontro do verificado numa percentagem significativa de estudantes, que acredita que as lésbicas podem ser identificadas simplesmente pela forma como se apresentam fisicamente e comportam (30%), sendo associadas a um estereótipo de masculinidade. Embora 26% considerasse não identificar lésbicas pela aparência, 32% tende a acreditar que as diferentes manifestações masculinas, facilmente as denunciam. Uma possível explicação é o facto de as lésbicas que se apresentam de forma mais feminina a diversos níveis serem pouco visíveis na sociedade enquanto algumas lésbicas que, por diversas razões, se vestem ou comportam de forma considerada mais andrógena ou masculina, no desporto ou política, por exemplo, serem mais visíveis. (Eliason *et al.* 1992).

Noutro estudo com estudantes de enfermagem foram apresentadas duas fotos distintas da mesma mulher, vestida de forma mais feminina na primeira e mais masculina na segunda. Ambos os grupos cotaram a primeira foto como mais atrativa. No entanto, as estudantes a quem foi dito de que se tratava de uma mulher lésbica cotaram a segunda foto de forma mais negativa enquanto que não se verificaram diferenças significativas relativamente à primeira foto (Eliason & Randall, 1991).

Neste sentido, Parga *et al.* (2001) encontraram, numa amostra de alunos de enfermagem, que o preconceito relativamente a gays e bissexuais foi menor do que o apresentado relativamente a lésbicas (14.4%) e travestis (17.1%). Segundo os autores, tal resultado pode estar associado a fatores machistas face a mulheres ou à sua imagem feminina.

Por outro lado, Guzmán *et al.* (2007) encontraram numa amostra de estudantes de saúde que, relativamente a lésbicas que se vestem de forma masculina, 44% dos estudantes revelaram não querer a sua amizade mas aceitar conhecê-las, enquanto 37% aceitariam ser suas amigas. É de notar que,

quanto a homens gays que se vestem de forma feminina, alguns alunos revelaram que aceitariam gays como amigos (36.3%), que apenas os queriam conhecer (41.8%) ou que seriam excluídos da sua rede social (14.3%). Outro ponto a ter em consideração pelos autores é que 21.7% dos estudantes não tinham tido acesso prévio a informação sobre a homossexualidade masculina e 31.9% não tinham tido formação prévia sobre a homossexualidade feminina. Contudo, 78% estudantes tiveram acesso, de modo formal ou informal, a formação sobre a homossexualidade masculina e 68% sobre a homossexualidade feminina.

No estudo de Eliason *et al.* (1992), os estudantes também revelaram considerar que as lésbicas são demasiado ostensivas, e que mesmo que não tenham nada contra o seu estilo de vida, falam inadequadamente das suas vidas privadas desrespeitando os outros, mesmo que o façam nos mesmos moldes que as mulheres heterossexuais. Além disso, 3% consideram que elas são exibicionistas na forma como manifestam afetos. Adicionalmente, algumas das alunas concordam com o estereótipo de que as lésbicas poderão influenciar negativamente as crianças associando-as até aos seus maus tratos.

Finalizando a lista dos principais estereótipos, foi também encontrado um dos mais surpreendentes ou controversos: o de concordarem que as lésbicas são um grupo de risco para Sida (28%), sendo difusores humanos da mesma (13%) e outras DSTs. Esta ideia não corrobora a literatura e a prática médica que sugerem que, na Educação, a abordagem da SIDA deve ser focalizada nos comportamentos de risco e não nos grupos de indivíduos, no sentido de uma mudança de ideias erróneas pré-concebidas (Eliason *et al.*, 1992).

2.2.2 Conceção e percepção de lesbianismo

Paralelamente à noção de homossexualidade, os estudantes da área da saúde também apresentam ideias erradas quanto ao conceito de lésbica. Embora algumas das participantes do estudo Eliason *et al.* (1992) revelassem acreditar que as lésbicas não são normais e que sofrem de uma doença contagiosa, também foi referido que as lésbicas tentam converter pessoas supostamente “normais” em lésbicas. Paralelamente, consideraram que o lesbianismo não era biologicamente natural (14%), sendo até contra a ideia de heterossexismo (1 estudante). Uma das participantes chegou mesmo a referir que era contra a natureza humana por lhes ser impossibilitada a reprodução. Adicionalmente, alguns inquiridos demonstraram ideias negativas, acreditando que o lesbianismo constituía uma ameaça à religião, moral e ética (13%).

2.2.3 Interação com lésbicas

Jones *et al.*, (2002) alertam para o facto de ser preocupante a hipótese de os profissionais anteciparem desconforto face aos pacientes. Estes têm recorrentemente contacto muito próximo com o

corpo e intimidade dos pacientes e, se eles próprios antecipam este desconforto, os cuidados de saúde prestados podem estar comprometidos. No seu estudo, uma amostra de 1132 estudantes da área da saúde (várias subáreas) de uma universidade na Austrália, revelou que 30% dos estudantes demonstrou desconforto em interagir com uma paciente lésbica.

A importância da interação esteve bem patente nos resultados recolhidos com uma amostra de estudantes de enfermagem, na qual as que afirmavam ter mais contacto com lésbicas eram as que respeitavam mais o seu estilo de vida. As que se consideravam mais familiares com esse estilo de vida, tinham menos ideias erróneas quanto ao risco de SIDA das lésbicas e direitos civis dos gays (sendo a familiaridade com as lésbicas um dos maiores preditores para a aceitação e socialização) e tinham mais propensão para se identificarem como feministas. Do mesmo modo, um baixo nível de aceitação do estilo de vida das lésbicas estava relacionado com uma baixa probabilidade da iniciativa para o contacto social com essa população. Metade das estudantes também considerava os estilos de vida das lésbicas inaceitáveis, o que é preocupante, pois apenas 30% da amostra tinha prévio contacto com lésbicas. O facto de as lésbicas evitarem revelar a sua orientação sexual pode perpetuar a fobia (Eliason & Randall, 1991). Com efeito, também no estudo de Eliason *et al.* (1992) a grande maioria das estudantes de enfermagem (70% de 189 alunas) não conhecia pessoalmente lésbicas, o que é um possível indicador da invisibilidade desta comunidade como suporte de estereótipos negativos, que por sua vez dificultam que estas se assumam perante a sociedade. Um número considerável de estudantes afirmaram possuir sentimentos negativos quando estavam próximas de lésbicas, como ansiedade e desconfiança. No entanto, as alunas que tinham contacto prévio com lésbicas revelaram atitudes mais positivas relativamente às lésbicas, o que pode indicar o início do fim de um ciclo.

2.2.4 Direitos da comunidade lésbica na sociedade

Similarmente ao verificado com os LGBT, os estudantes de saúde frequentemente apresentam ideias de não inclusão da comunidade lésbica na sociedade. Um estudo com estudantes de Medicina descobriu que alguns consideram ilógico o casamento entre lésbicas (17.2%), bem como a expressão da sua sexualidade (41%). Não será surpreendente, portanto, que alguns alunos referissem ficar transtornados com a hipotética descoberta de que a filha é homossexual (35.5%) (Arnold, *et al.*, 2004). Similarmente, Guzmán *et al.* (2007), num estudo com estudantes de saúde, verificaram que 29.3% dos participantes manifestaram que se sentiriam desapontados se descobrissem que a filha era lésbica, e 30.4% manifestaram o mesmo desconforto se descobrissem que o filho é homossexual.

Adicionalmente, Arnold *et al.* (2004) encontraram que cerca de 44.3% dos estudantes consideram irracional a permissão para adoção como acontece com casais heterossexuais. Estes dados vão ao encontro de um estudo português de Gato e Fontaine (2010) com estudantes de diversas áreas que verificou que os estudantes tendem a considerar que as crianças adotadas por homossexuais

poderão ser vítimas de discriminação, e que tal probabilidade aumenta significativamente se decorrer de uma adoção por lésbicas, quando comparada a casais gays ou heterossexuais.

No entanto, um estudo mais recente de Rowlands e Lee (2006) parece indicar que as atitudes podem estar a mudar. Neste estudo, os estudantes consideraram que as lésbicas que escolhiam ser mães seriam mais felizes, maduras e individualistas, comparativamente a mulheres heterossexuais e lésbicas que escolhiam não ter filhos.

Relativamente à expressão da sexualidade das lésbicas, Arnold *et al.* (2004) verificaram que uma grande percentagem dos estudantes de medicina considera-a como algo que não faz sentido (41%). De igual modo, Eliason *et al.* (1992), com estudantes de enfermagem, observaram que 15% consideram que os seus comportamentos sexuais deveriam ser punidos por lei.

Adicionalmente, num estudo de Eliason e Randall (1991), os estudantes acreditavam que havia uma maior probabilidade das lésbicas serem feministas, atletas, vítimas de incesto e/ou prostitutas quando comparadas com outros grupos de mulheres (eg. católicas, republicanas, professoras primárias e judias).

2.2.5 Fatores individuais e sociais

Relativamente a fatores individuais e sociais, o estudo de Cramer (1997) aponta para o facto de os estudantes com tendência para um comportamento profissional mais negativo para com as lésbicas terem tido um reduzido contacto prévio com esta população, serem cristãos e terem crescido em pequenas localidades.

Outro estudo (Arnold *et al.*, 2004) procurou identificar padrões para com a homossexualidade feminina e masculina. Assim sendo, não foram encontradas diferenças nas atitudes para com a homossexualidade feminina e masculina, embora os estudantes do sexo masculino das áreas Medicina revelassem atitudes de maior preconceito perante a homossexualidade masculina do que perante a feminina. Por outro lado, um outro estudo verificou que uma maior percentagem de participantes do sexo feminino (31.5%) reportou desconforto relativamente a lésbicas, quando comparadas com os participantes de sexo masculino (26.3%) (Jones *et al.*, 2002).

No que diz respeito à idade, alguns autores defendem que as atitudes negativas diminuem com a mesma, que acarreta mais experiência e contacto com a diversidade social. De facto, um estudo com estudantes de Enfermagem demonstrou que os mais velhos consideraram menos vezes as lésbicas como sedutoras de mulheres heterossexuais e tendiam a manifestar-se menos contra o lesbianismo com base na moral e religião (Eliason *et al.* 1992).

ESTUDO EMPÍRICO

1 Objetivos e problema de investigação

A literatura aponta para a presença de homofobia entre estudantes de saúde (e.g., Campo-Arias *et al.*, 2010; Gusmán *et al.*, 2007) demonstradas por atitudes e percepções, assim como a falta de consciencialização desta realidade (e.g., Røndahl, 2009). No entanto a investigação nesta área permanece limitada, especialmente no que toca ao contexto português. Este estudo pretende compreender e analisar a forma como os estudantes de áreas da saúde percecionam esta problemática e situá-la no contexto português, assim como reconhecer variantes nas atitudes homofóbicas. Por outro lado, o estudo pretende identificar se existem diferenças relativamente à discriminação e ao preconceito, em função dos dados sociodemográficos dos estudantes e algumas das suas características individuais e sociais.

Conceptualizando, este estudo pretende responder às seguintes questões:

- Quais os contextos que os participantes consideram mais/menos discriminatórios para a comunidade lésbica?
- Quais os serviços de saúde que os participantes consideram mais discriminatórios para a população lésbica?
- Em que regiões de Portugal é que os participantes consideram ser mais difícil a condição de lésbica?
- O que consideram os participantes que pode contribuir para a qualidade da prestação de serviços de saúde a lésbicas?
- Qual a perceção dos estudantes relativamente à hipótese da orientação social constituir um fator de risco psicológico/psiquiátrico?
- Existe uma relação entre as variáveis do preconceito dos estudantes e a discriminação de lésbicas na saúde?
- Que diferenças podem ser encontradas nos estudantes de enfermagem em função da idade dos participantes, do meio de residência dos estudantes (urbano *versus* rural), os participantes terem ou não amigas/conhecidas lésbicas, da orientação política dos participantes e do ano académico dos mesmos?

2 Método

2.1 Participantes

Este estudo pretendeu compreender e analisar a discriminação e preconceito de lésbicas em futuros enfermeiros. Desta forma, recorreu-se a uma amostra de conveniência (Almeida & Freire, 2004) constituída originalmente por 231 estudantes. Desta amostra, 88% era constituída por elementos do sexo feminino. Depois de uma análise estatística cuidada, foi possível detetar que os estudantes do sexo masculino estavam a interferir com os resultados, pelo que se considerou prudente a eliminação deste grupo, de modo a evitar enviesamento dos resultados. Deste modo, a amostra final é constituída por 204 estudantes de enfermagem do sexo feminino do 1º ano (38.24%) da licenciatura de enfermagem da Universidade do Minho e dos 3º (34.31%) e 4º anos (26.96%) da licenciatura equivalente na CESPU (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário) (Gráfico 1).

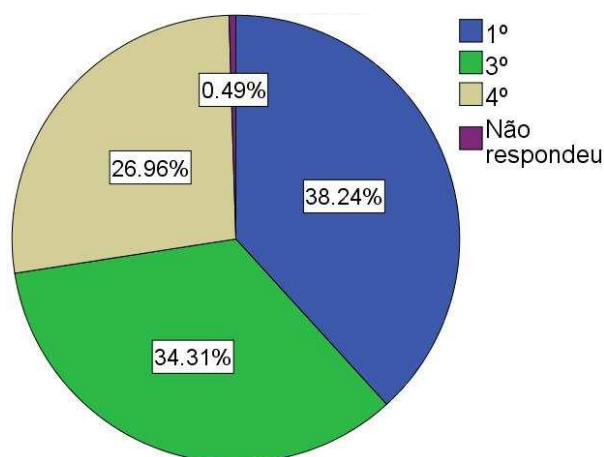


Gráfico 1 – Distribuição das participantes em função do ano académico.

Destas estudantes, a maior parte são heterossexuais (90.7%), sendo que apenas uma revelou ser lésbica e duas afirmaram ser bissexuais. Contudo, algumas responderam de forma contraditória nas perguntas acerca da sua identidade, orientação sexual, sexo e pessoas pelas quais se sentiriam atraídas. Estas foram consideradas *missings*, não sendo possível prever se as contradições se deviam a erros de preenchimento, confusão identitária ou má interpretação dos conceitos.

As suas idades estavam compreendidas entre os 18 e os 31 anos, e definiram-se na sua maioria como solteiras (n=197) e portuguesas (n=201). Relativamente ao meio onde residem, 51.96% são provenientes de um meio rural e 48.04% residem em meio urbano (Gráfico 2). Além disso, a maioria das estudantes residem no distrito de Braga (71.57%) e outros distritos do norte, nomeadamente Porto, Viana do Castelo e Vila Real (Gráfico 3).

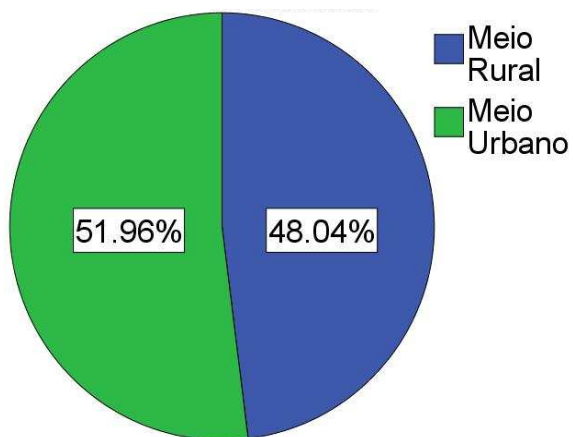


Gráfico 2 - Distribuição das participantes em função do meio.

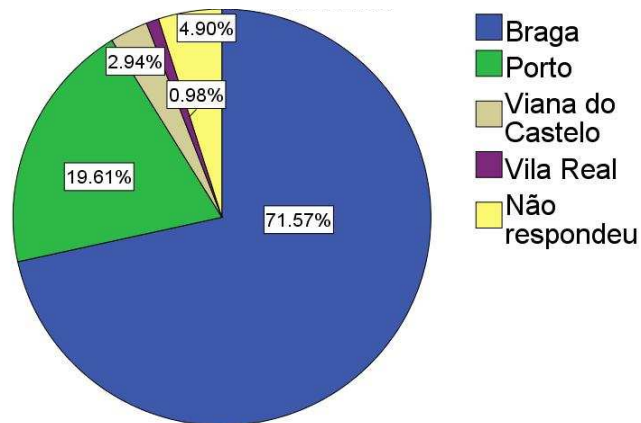


Gráfico 3 - Distribuição das participantes em função do distrito.

No que diz respeito à orientação política, a maioria revelou identificar-se com ideologias de Direita (41.18%) em detrimento de ideologias de Esquerda (22.06%), com apenas uma minoria (1.96%) a afirmar-se como sendo de Extrema Esquerda (Gráfico 4). Adicionalmente, uma grande maioria (77.94%) referiu votar assiduamente (Gráfico 5).

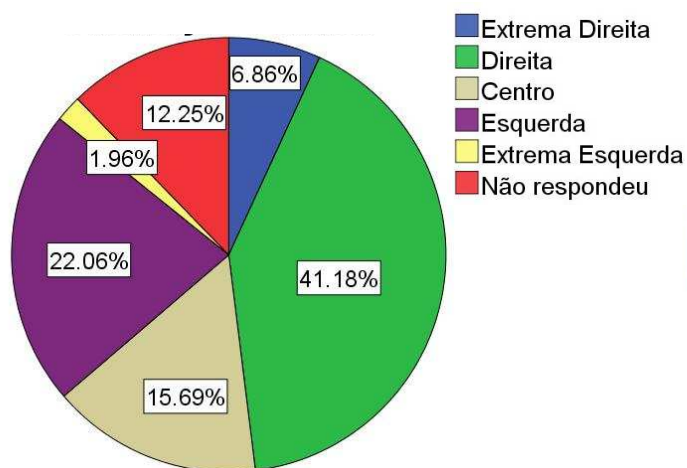


Gráfico 4 - Distribuição das participantes em função da orientação política.

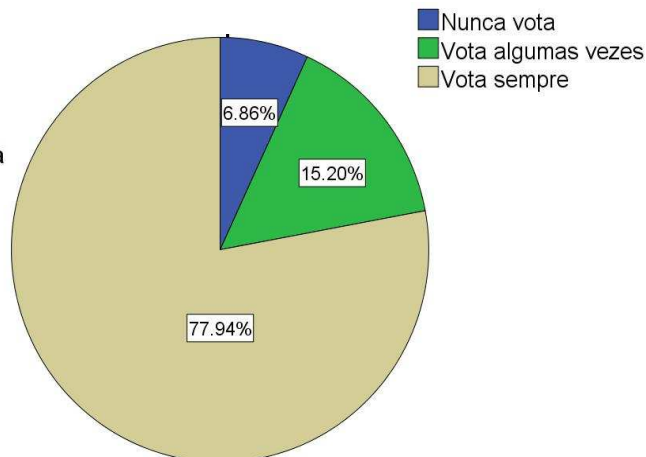


Gráfico 5 - Distribuição das participantes em função da frequência de voto.

2.2 Instrumentos

Sendo este um estudo quantitativo, foram aplicados os seguintes instrumentos:

- a) Um questionário com dados sociodemográficos
- b) A Escala de Perceção de Discriminação (Oliveira, Pereira, Costa & Nogueira, 2010)

Esta escala tipo Lickert pretendeu aceder à perceção dos estudantes relativamente a diversos contextos da sociedade, pelo que lhes foi pedido que demonstrassem o grau de concordância, numa escala de 1 a 5, relativamente ao local de trabalho, família, meios de comunicação social, religião,

amigos(as), partidos políticos, justiça, administração pública, saúde, segurança social, bancos e seguradoras, forças de segurança e militares, educação e acesso ao Emprego.

c) Uma versão reduzida do Questionário Multidimensional do Preconceito Polimorfo (Oliveira et al., 2010), originalmente desenvolvido por Massey (2009)

O carácter multidimensional desta medida pretendeu originalmente o acesso às atitudes face a gays e lésbicas. Oliveira et al. (2010) validaram este instrumento para a população portuguesa através de uma análise fatorial exploratória e confirmatória que demonstrou, em detrimento de uma dimensão apenas, a adequabilidade das 7 escalas que o compõem:

- *Heterossexismo tradicional* - esta escala corresponde à crença da perceção das pessoas gays e lésbicas como pervertidas, pecadoras ou imorais às quais deveriam ser negados determinados direitos e privilégios;

- *Negação da discriminação homofóbica* – diz respeito à tendência para a negação da contínua discriminação e às crenças de que a discriminação homofóbica não é um problema atual, acreditando que as pessoas homossexuais possuem as mesmas oportunidades de progresso das pessoas heterossexuais, e invalidando as razões para as suas reivindicações;

- *Aversão relativamente a lésbicas* – inclui as reações afetivas que englobam o desconforto com a hipótese de eventual contacto com lésbicas, necessidade do seu evitamento, e críticas relativas à sua performance;

- *Julgamento de valor do movimento LGBT* – refere-se a crenças baseadas nos valores pró-diversidade. Alguns exemplos englobam a crença de que o movimento LGBT constitui uma mais-valia para a sociedade;

- *Resistência à heteronormatividade* – indica sentimentos de desconforto e resistência face a papéis e comportamentos sexuais de género tradicionais e estereotipados;

- *Crenças positivas acerca de pessoas LGBT*– esta escala diz respeito a crenças positivas relativamente a esta população, incluindo características positivas e contribuições únicas devido à orientação sexual ou por serem marginalizados pela sociedade heteronormativa.

Desta forma, a escala de Lickert é composta por 5 níveis de concordância (desde o *discordo totalmente* ao *concordo totalmente*) que os participantes tiveram que assinalar para cada item.

Este instrumento foi anteriormente validado para a população portuguesa no estudo de Oliveira *et al.* (2010). Devido à natureza particular deste estudo, a escala foi adaptada e reduzida, passando das iniciais 7 subescalas para apenas 6 – eliminando a escala de aversão a gays - e passando dos 57 itens da escala tipo de Massey (2009) para apenas 25 itens.

Quanto maior a pontuação obtida no total desta escala e respectivas subescalas, maior o nível de preconceito. No entanto, é importante salientar que as escalas de *Resistência à*

heteronormatividade, Julgamento de valor do movimento LGBT, e Crenças positivas acerca de pessoas LGBT, estão definidas de forma positiva. Desta forma, uma maior pontuação nestas subescalas significa respectivamente, menor resistência à heteronormatividade, menor crença no valor do movimento LGBT e crenças menos positivas sobre as pessoas LGBT.

d) Escala de discriminação na saúde

Esta escala foi originalmente desenvolvida no contexto do projecto no qual este estudo se insere - PIHM/GC/0005/2008, designado por "Cidadania sexual nas (mulheres) lésbicas em Portugal. Experiências de discriminação e possibilidades de mudança", financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Composta por 10 itens alusivos à perceção e conhecimento acerca das questões relacionadas com a discriminação de lésbicas na saúde. Para tal, é utilizada igualmente uma escala de Lickert de 5 níveis de concordância para cada item.

2.3 Procedimento

Numa primeira fase, contactaram-se por e-mail as direcções de universidades e institutos politécnicos da Zona Norte, requerendo autorização para a recolha de dados na respetiva instituição, sendo explicado que o público-alvo seria estudantes de enfermagem. Seguiram-se os contactos telefónicos, no sentido de assegurar que a informação chegara à instituição e de se proceder ao esclarecimento de dúvidas e/ou questões adicionais. Após a obtenção da autorização, procedeu-se à recolha de dados, na Universidade do Minho e na CESPU - pólo de Famalicão - através da aplicação dos questionários em ambiente de sala de aula, salvaguardando a presença do investigador caso surgisse alguma questão.

3 Resultados

3.1 Análise descritiva da escala de discriminação percebida

Como se pode verificar na Tabela 1, o domínio em que as estudantes consideram que existe maior discriminação de lésbicas é na religião (M=4.59), seguido do acesso ao emprego (M=3.71) e o local de trabalho (M=3.37). Por outro lado, e surpreendentemente, estas estudantes de enfermagem consideram que o domínio onde existe menos discriminação é na saúde (M=2.42), seguido pela discriminação pelos amigos (M=2.56) e bancos e seguradoras (M=2.84).

Domínios	N	Média	D. P.	Ranking
Religião	198	4.59	.89	1
Acesso ao emprego	203	3.71	1.12	2
Local de trabalho	201	3.37	1.18	3
Família	203	3.35	1.12	4
Forças de segurança e militares	202	3.15	1.27	5
Justiça	201	3.05	1.12	6
Administração pública	202	3.03	1.05	7
Meios de comunicação social	204	3.01	1.17	8
Partidos políticos	204	3.01	1.00	8
Educação	201	2.97	1.20	9
Segurança social	203	2.85	1.08	10
Bancos e seguradoras	202	2.84	1.20	11
Amigos	203	2.56	1.02	12
Saúde	202	2.42	1.11	13

Tabela 1 – Discriminação percebida das participantes mediante os contextos.

3.2 Análise descritiva da escala de preconceito polimorfo e escala de discriminação de lésbicas na saúde

De um modo geral, pela análise da Tabela 2, podemos verificar que a dimensão mais saliente da escala de preconceito polimorfo é a resistência à heteronormatividade ($M=17.85$), cuja média se aproxima do ponto máximo. Refira-se também as crenças positivas sobre pessoas LGBT (16.78), que revelou uma média igualmente próxima do ponto máximo. Pelo contrário, a subescala que revelou menor pontuação foi a aversão a lésbicas ($M=6.27$), em que a média se encontrava próxima do ponto mínimo.

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
Resistência à heteronormatividade	195	17.85	2.93	6.00	20.00
Heterossexismo tradicional	202	7.97	3.34	5.00	25.00
Crenças positivas sobre LGBTs	200	16.78	3.18	6.00	20.00
Aversão a lésbicas	193	6.27	2.78	4.00	19.00
Negação da continuação da discriminação	195	8.79	2.46	4.00	18.00
Julgamento do movimento gay e lésbico	190	13.47	3.23	5.00	20.00
Total de preconceito polimorfo	169	70.92	7.86	49.00	98.00
Total de discriminação na saúde	188	33.51	3.85	24.00	44.00

Tabela 2 – Análise descritiva das escalas de preconceito polimorfo e discriminação na saúde.

3.3 Análise descritiva de outras variáveis relevantes

Com esta análise pretendeu-se descrever outras variáveis que surgiram da análise dos resultados, quer quantitativas, quer qualitativas. Neste sentido, quando se questionaram as participantes se consideram que uma mulher lésbica vive a sua sexualidade de forma igual, independentemente da região de Portugal onde viva, a maioria (78.9%) considera que não. As regiões onde consideraram que é mais difícil ser lésbica, foram o norte do país (37.3%), seguido do centro (11.3%). Por outro lado, as regiões menos apontadas por estas estudantes foram a área de Lisboa (4.9%) e os Açores (2.5%) (Tabela 3).

Pensa que uma mulher lésbica vive a sua sexualidade de forma igual, seja qual for a região de Portugal onde viva?		Sim		Não							
		N	%	N	%						
		42	20.6	161	78.9						
Se não, em que região será mais difícil ser lésbica?											
Norte		Centro		Sul		Madeira		Açores		Área de Lisboa	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
76	37.3	23	11.3	12	5.9	14	6.9	5	2.5	10	4.9

Tabela 3 – Perceção da discriminação de lésbicas em função da região.

Além disso, procurou-se compreender em que serviços de saúde estas estudantes consideram que existe maior discriminação. De um modo geral, embora muitas das participantes não tenham respondido a esta questão (37.3%), várias referiram exclusivamente os centros de saúde (13.7%), sendo que as restantes participantes referiram mais dispersamente outros serviços, como os hospitais, as urgências, a ginecologia, a obstetrícia, o planeamento familiar e os serviços dirigidos por instituições religiosas. Contudo, refira-se que 40 participantes (19.6%) consideraram que não existe discriminação em função da sexualidade do paciente.

Os participantes foram também questionados acerca do que poderá ser efetuado para melhorar os serviços de saúde no sentido diminuir a discriminação de lésbicas. As estudantes seleccionaram, na sua maioria, mais do que uma opção. Neste sentido, a opção que foi mais referida foi profissionalismo com 43% (129), seguida da sensibilidade dos profissionais (22.4%). Por outro lado, as opções menos referidas foram a “outros”, que apenas foi referida 8 vezes (2%), e o dar importância a questões lésbicas com 9.5% (37) (Gráfico 6).

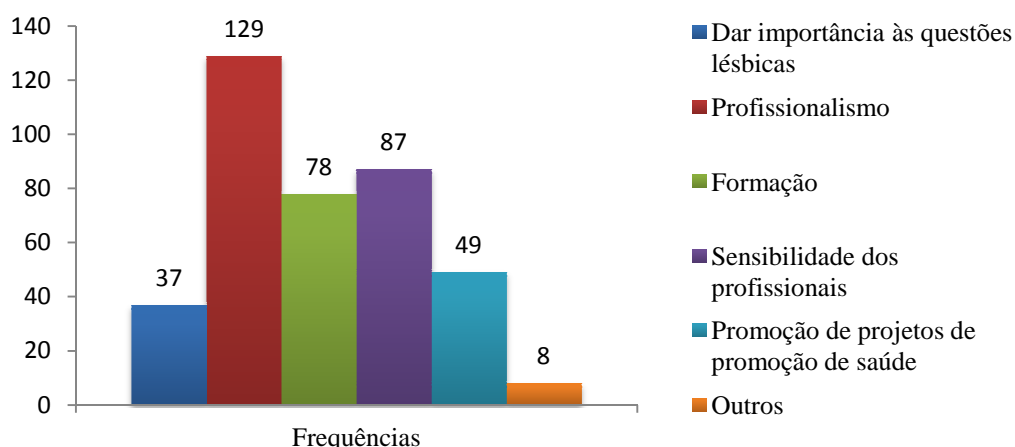


Gráfico 6 – Opções sugeridas para melhorar os serviços de Saúde.

As estudantes foram ainda questionadas se conheciam casos específicos de discriminação de lésbicas na saúde. Apenas uma participante respondeu afirmativamente, relatando uma situação específica: “*Uma amiga recorreu ao médico de família para saber possibilidades de reprodução assistida sendo lésbica e o médico quase que a insultou e negou-se a atender o seu pedido*”.

Por fim, procurou-se perceber se estas alunas de enfermagem consideram que a orientação sexual pode funcionar como um fator de risco acrescido no que respeita a episódios de mal-estar psicológico/psiquiátrico. Efetivamente, a grande maioria respondeu afirmativamente (77.5%), contrastando com as 42 estudantes (20.6%) que acreditam que não exerce qualquer influência.

3.4 Análise exploratória das correlações entre as variáveis de preconceito polimorfo e discriminação de lésbicas na saúde

Através das correlações de *Pearson* entre o total de preconceito polimorfo (incluindo as suas subescalas) e o total de discriminação de lésbicas na saúde pretendeu-se analisar padrões de associação estatisticamente significativos que mereçam destaque (Tabela 4). Foi encontrada uma associação positiva entre heterossexismo tradicional e aversão a lésbicas ($r=.73$, $p<.01$), o que indica que as participantes com maior nível de heterossexismo, têm tendência a apresentar maiores níveis de aversão a lésbicas. Adicionalmente foi encontrada uma associação entre o preconceito polimorfo e julgamento do movimento LGBT, ($r=.67$, $p<.01$) indicando que, quanto maior nível (maior pontuação) encontrado na escala de julgamento de valor do movimento LGBT das participantes, maior a tendência para estas apresentarem preconceito polimorfo. Foi igualmente observada uma associação positiva entre o total de discriminação e a subescala referente à heteronormatividade ($r=.73$, $p<.01$), indicando que as estudantes com maiores níveis desta variável tendem a ser mais discriminatórias. Similarmente,

verificou-se uma associação positiva (marginalmente significativa) entre a discriminação de lésbicas e o julgamento de valor do movimento LGBT ($r=.14$, $p<.10$), revelando que as participantes que julgam de forma menos positiva o movimento LGBT, tendem a discriminar mais as lésbicas na saúde.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Resistência à heteronormatividade	–							
2. Heterossexismo tradicional	-.32***	–						
3. Crenças positivas sobre LGBTs	.36***	-.19**	–					
4. Aversão a lésbicas	-.29***	.73***	-.35***	–				
5. Negação contínua da discriminação	.04	-.09	-.05	.01	–			
6. Julgamento do movimento LGBT	.07	.28***	.22**	.20**	-.05	–		
7. Total de preconceito polimorfo	.40***	.49***	.39***	.46***	.24**	.67***	–	
8. Total de discriminação na saúde	.15*	-.01	.11	.01	-.08	.14†	.13	–

(*) $p<0.05$; (**) $p<0.01$; (***) $p<0.001$; (†) Marginalmente significativo

Tabela 4 – Correlações entre as variáveis de preconceito polimorfo e discriminação na saúde.

3.5 Diferenças em função da idade

De forma a avaliar se as estudantes de enfermagem diferem relativamente às variáveis em estudo em função da idade, foram criados dois grupos tendo em consideração a mediana ($Med=21$) da distribuição. Deste modo, as participantes foram divididas em grupos de idade dos 18 aos 21 anos ($N=120$) e entre os 21 e os 31 anos ($N=83$).

A análise Manova (Tabela 5), realizada para identificar as diferenças nas subescalas da escala do preconceito polimorfo revelou diferenças multivariadas (Wilks' $\lambda=.92$, $F(6,161)=2.30$, $p<.05$). Resultados univariados demonstraram diferenças na negação contínua da discriminação ($F(1,166)=6.23$, $p<.05$), indicando que as estudantes mais novas tendem a apresentar menores níveis de negação contínua de discriminação. Foram ainda encontradas diferenças marginalmente significativas nas crenças positivas sobre pessoas LGBT ($F(1,166)=3.74$, $p<.10$), em que as participantes mais velhas apresentam menos crenças positivas (maior pontuação). Por fim, a subescala de aversão a lésbicas também revelou diferenças marginalmente significativas ($F(1,166)=3.26$, $p<.10$), sendo que as estudantes mais novas são as que têm maior aversão a lésbicas comparativamente com as mais velhas.

	Idade 18 aos 21 N=101		Idade 21 aos 31 N=67		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Resistência à heteronormatividade	17.79	2.97	17.85	2.92	.02	.900
Heterossexismo tradicional	8.12	3.16	7.43	3.00	1.98	.162
Crenças positivas sobre pessoas LGBT	16.39	3.09	17.34	3.22	3.74	.055
Aversão a lésbicas	6.56	2.89	5.79	2.44	3.26	.073
Negação continuada da discriminação	8.35	2.52	9.31	2.17	6.63	.011
Julgamento do movimento LGBT	13.57	3.29	13.57	2.81	.00	.988

Tabela 5 – Diferenças entre as subescalas em função da idade.

Os testes de t relativamente aos totais da Escala de Preconceito Polimorfo e Escala de discriminação de lésbicas na saúde não identificaram diferenças significativas ($t(166)=-.42$, n.s.; $t(185)=-.96$, n.s.;) (Tabela 6).

	Idade 18 aos 21 N=120		Idade 21 aos 31 N=83		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Total de preconceito polimorfo	70.78	8.61	71.30	6.56	-.42	.677
Total de discriminação na saúde	33.71	3.73	33.16	4.04	.96	.336

Tabela 6 – Diferenças entre os totais das escalas em função da idade.

3.6 Diferenças em função do meio atual de residência (urbano *versus* rural)

Tendo por objetivo identificar diferenças entre as estudantes que residem em meios rurais e urbanos, foi realizada uma análise Manova com as subescalas da Escala de Preconceito Polimorfo. Esta revelou resultados multivariados significativos (Wilks' $\lambda=.91$, $F(6,162)=2.57$, $p<.05$). Os resultados univariados mostram diferenças relevantes no julgamento do movimento LGBT ($F(1,167)=8.69$, $p<.01$) e na negação da discriminação ($F(1,167)= 3.95$, $p<.05$), sendo que as participantes do meio rural tendem a ter níveis superiores na subescala de julgamento do movimento LGBT (no sentido negativo) e menores na negação da discriminação, comparativamente às do meio urbano. Diferenças marginalmente significativas ($F(1,167)=3.88$, $p<.10$) evidenciam também que as estudantes de meios rurais apresentam também maiores níveis de heterossexismo tradicional (Tabela 7).

	Meio Rural N=84		Meio Urbano N=85		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Resistência à heteronormatividade	17.86	2.88	17.79	3.01	0.23	.879
Heterossexismo tradicional	8.30	3.44	7.36	2.68	3.88	.051
Crenças positivas sobre pessoas LGBT	16.65	3.29	16.80	3.13	.09	.769
Aversão a lésbicas	6.39	3.03	6.11	2.41	.47	.496
Negação contínua da discriminação	8.38	2.18	9.12	2.62	3.95	.048
Julgamento do movimento LGBT	14.23	3.04	12.86	3.04	8.67	.004

Tabela 7 – Diferenças entre os totais das subescalas em função do meio.

Relativamente aos totais das Escalas de Preconceito Polimorfo e Discriminação, verificaram-se diferenças significativas na discriminação de lésbicas na saúde ($t(186)=2.15$, $p<.05$), revelando que as estudantes do meio rural tendem a apresentar maior discriminação (Tabela 8).

	Meio Rural N=98		Meio Urbano N=106		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Total de preconceito polimorfo	71.82	8.32	70.04	7.32	1.48	.140
Total de discriminação na saúde	34.13	3.83	32.94	3.79	2.15	.033

Tabela 8 – Diferenças entre os totais das escalas em função do meio.

3.7 Diferenças em função de ter ou não amigas/conhecidas lésbicas

Embora apenas 60 participantes (29.4%) tenham referido ter amigas lésbicas, decidiu-se avaliar as diferenças no preconceito polimorfo em função de terem ou não amigas lésbicas. Desta forma, a análise Manova revelou resultados multivariados marginalmente significativos (Wilks' $\lambda=.93$, $F(6,158)=2.14$, $p<.10$). Os testes univariados foram significativos nas subescalas de resistência à heteronormatividade ($F(1,163)=5.48$, $p<.05$), crenças positivas sobre pessoas LGBT ($F(1,163)=4.86$, $p<.05$) e julgamento do movimento LGBT ($F(1,163)=6.28$, $p<.05$), indicando que as participantes que têm amigas lésbicas evidenciam níveis (pontuações) mais baixos nestas variáveis (Tabela 9).

	Amigas lésbicas N=54		Sem amigas lésbicas N=111		F	Sig.
	M	DP	M	DP		
Resistência à heteronormatividade	17.02	3.49	18.15	2.60	5.48	.020
Heterossexismo tradicional	7.67	3.05	7.87	3.17	.16	.691
Crenças positivas sobre pessoas LGBT	15.93	3.39	17.09	3.08	4.86	.029
Aversão a lésbicas	6.39	2.50	6.17	2.87	.23	.634
Negação contínua da discriminação	8.70	2.01	8.73	2.62	.00	.949
Julgamento do movimento LGBT	12.65	3.00	13.93	3.12	6.28	.013

Tabela 9 – Diferenças entre os totais das subescalas em função de ter ou não amigas lésbicas.

Relativamente aos totais de preconceito polimorfo e discriminação, verificaram-se diferenças significativas no total de preconceito polimorfo ($t(163)=-2.80$, $p<.01$), sendo que as participantes que têm amigas ou conhecidas lésbicas tendem a ter menores níveis de preconceito (Tabela 10).

	Amigas lésbicas N=54		Sem amigas lésbicas N=111		t	Sig.
	M	DP	M	DP		
Total de preconceito polimorfo	68.35	8.64	71.95	7.25	2.80	.006
Total de discriminação na saúde	33.05	4.11	33.75	3.74	1.13	.258

Tabela 10 – Diferenças entre os totais das escalas em função de ter ou não amigas lésbicas.

3.8 Diferenças em função da orientação política

De forma a comparar as participantes em função da sua orientação política, os extremos (Esquerda e Direita) foram, em primeira instância, somados às respetivas orientações. A análise multivariada revelou resultados significativos (Wilks' λ =.90, $F(12,288)=1.40$, n.s.), com os resultados univariados a serem marginalmente significativos mas apenas na resistência à heteronormatividade ($F(2,149)=2.57$, $p<.10$). Testes *post hoc* de Tukey revelaram que as participantes de direita têm menor resistência à heteronormatividade (maior pontuação) do que as de centro (Tabela 11).

	Direita N=87		Centro N=26		Esquerda N=39		F	Sig.	Tukey
	M	DP	M	BP	M	DP			
Resistência à heteronormatividade	18.22	2.35	16.89	4.18	17.54	2.51	2.57	.080	D>C
Heterossexismo tradicional	8.19	3.47	7.96	2.95	7.38	2.54	.86	.427	-
Crenças positivas sobre LGBTs	16.89	3.11	15.42	3.32	16.74	3.47	2.09	.128	-
Aversão a lésbicas	6.36	3.00	6.77	2.82	5.72	2.00	1.26	.286	-
Negação contínua da discriminação	8.71	2.34	8.92	2.26	8.92	2.80	.14	.872	-
Julgamento do movimento LGBT	13.72	2.94	14.42	2.91	13.03	3.24	1.72	.183	-

Tabela 11 - Diferenças entre os totais das subescalas em função da orientação política

Relativamente aos totais de preconceito polimorfo e discriminação, os testes de t revelaram-se não significativos ($F(2,149)=1.96$, n.s.; $F(2,165)=.10$, n.s.) (Tabela 12).

	Direita N=87		Centro N=26		Esquerda N=39		F	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total de preconceito polimorfo	72.08	7.38	70.38	8.63	69.33	6.83	1.96	.145
Total de discriminação na saúde	33.23	4.09	33.60	3.41	33.29	3.79	.10	.904

Tabela 12 – Diferenças entre os totais das escalas em função da orientação política.

3.9 Diferenças em função do ano académico

Esta amostra inclui participantes de alunos do 1º, 3º e 4º ano da licenciatura em enfermagem. De tal forma, procedeu-se à análise das diferenças entre as estudantes em função do seu ano académico (Tabela 13). Os resultados obtidos pela análise Manova demonstraram diferenças multivariadas

significativas (Wilks' $\lambda=.78$, $F(12,322)=3.56$, $p<.001$). Os testes univariados indicaram diferenças significativas nas subescalas de heterossexismo tradicional $F(2,166)=3.52$, $p<.05$, negação contínua da discriminação $F(2,166)= 8.94$, $p<.001$) e julgamento do movimento LGBT $F(2,166)=5.87$, $p<.01$).

De seguida, foram realizados testes *post hoc* de Tukey para identificar em que grupos se encontram diferenças estatisticamente significativas. Os testes referentes ao heterossexismo tradicional evidenciaram diferenças significativas entre o 1º e 3º ano, e entre o 3º e 4º, indicando que as estudantes do 1º ano possuem menores níveis de heterossexismo tradicional do que as do 3º ano. Por sua vez, as participantes que se encontram no 3º ano académico tendem a ter maiores níveis nesta variável comparativamente com os do 4º ano. No que se refere à negação da discriminação, também se verificaram diferenças significativas entre o 1º e 3º ano, e entre o 3º e 4º, embora com um padrão contrário. Mais especificamente, as alunas do 1º ano apresentam maiores níveis de negação da discriminação do que as do 3º ano. No entanto, as do 3º tendem a apresentar níveis menores de negação da discriminação do que as do 4º ano. Finalmente, quanto ao julgamento do movimento LGBT, verificaram-se diferenças significativas entre 1º ano e o 3º ano, e entre o 1º e 4º ano. Deste modo, foi observado que as participantes do 1º ano tendem a julgar de forma mais positiva o movimento LGBT, comparativamente às participantes do 3º e 4º ano.

	1º ano N=78		3º ano N=70		4ºano N=55		F	Sig.	Tuckey
	M	DP	M	DP	M	DP			
Resistência à heteronormatividade	17.50	3.17	18.14	2.67	17.86	2.96	.71	.493	-
Heterossexismo tradicional	7.32	2.79	8.69	3.58	7.45	2.69	3.52	.032	1<3>4
Crenças positivas sobre LGBTs	16.81	3.05	16.31	3.18	17.12	3.41	.88	.415	-
Aversão a lésbicas	6.19	2.50	6.62	3.10	5.88	2.53	1.00	.368	-
Negação contínua da discriminação	9.27	2.46	7.71	2.16	9.33	2.33	8.94	.000	1>3<4
Julgamento do movimento LGBT	12.50	3.03	14.09	3.05	14.22	2.98	5.87	.003	1<3/4

Tabela 13 – Diferenças entre os totais das subescalas em função do ano académico.

A análise dos totais das escalas através de uma análise Anova indicou diferenças significativas nos grupos na discriminação de lésbicas da saúde ($F(2,166)=1.42$, n.s.; $F(2,184)=.93$, n.s.) (Tabela 14).

	1º ano N=78		3º ano N=70		4ºano N=55		F	Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total de preconceito polimorfo	69.60	7.41	71.56	8.90	71.86	6.99	1.42	.244
Total de discriminação na saúde	33.28	3.58	34.03	3.47	33.16	4.65	.93	.396

Tabela 14 – Diferenças entre os totais das escalas em função do ano académico.

DISCUSSÃO

A primeira observação de destaque neste estudo diz respeito ao nível de discriminação da comunidade lésbica percebida pelos estudantes em diferentes contextos sociais. Como resultado, a área da saúde foi indicada como sendo a menos discriminatória, seguindo-se o contexto referente aos amigos. Estes resultados contrastam com os encontrados por Quintas (2008) numa amostra de profissionais de enfermagem, em que os serviços de saúde e espaços de lazer foram os locais mais mencionados para a ocorrência de discriminação relativamente a pessoas LGBT. Uma possível explicação dos resultados deste estudo pode residir na falta de conhecimento acerca da noção de discriminação na saúde e/ou da sutileza da consequência das atitudes discriminatórias, aparentemente inofensivas. Existe ainda pouca informação sobre a fobia a lésbicas, o que pode estar relacionado com a desvalorização da mulher na sociedade e a invisibilidade daquelas que não se distinguem pela aparência nem se sentem confortáveis em revelar o seu estilo de vida (Eliason & Randall, 1991). As estudantes poderiam ainda considerar outros contextos como mais discriminatórios, o que pode ser alarmante tendo em conta os níveis de homofobia encontrados em contextos de saúde (e.g. Wessler, 2005).

O contexto percebido pelos estudantes como mais discriminatório é a religião, seguido do acesso ao emprego e o local de trabalho. Deste modo, a percepção dos estudantes vai ao encontro da orientação presente na literatura relativa à influência da religião (e/ou sua prática) nas atitudes homofóbicas dos estudantes para com a população LGBT (e.g., Eliason, 1998, Rondahl, 2009; Kan *et al.*, 2009; McKelvey, *et al.*, 1999; Parker *et al.*, 2000; Yen *et al.*, 2007) e a comunidade lésbica em particular (e.g., Cramer, 1997).

Relativamente aos serviços de saúde que as estudantes consideram mais discriminatórios face a lésbicas, mais de um terço das participantes não respondeu à questão, ou referiu não saber responder, e quase um quinto das inquiridas considera inexistente a discriminação nesses contextos. Uma vez mais, é acentuada a ideia de que a área da saúde detém pouca (ou mesmo nenhuma) incidência de discriminação e/ou denota falta de conhecimento da mesma por parte dos estudantes. Além disso, o grupo de participantes inquirido apresentou uma grande diversidade de respostas, o que parece apontar para alguma ambiguidade na interpretação do conceito de “serviço de saúde”. Os centros de saúde foram os mais apontados, seguidos dos hospitais. Algumas participantes especificaram as suas respostas, referindo os centros de saúde de zona rurais, os serviços de urgências e os serviços dirigidos por instituições religiosas, reafirmando a existência de uma relação entre religião e discriminação. A especialidade mais apontada foi a de Ginecologia e Obstetrícia, reforçando a ideia de que as parteiras se encontram em especial posição de destaque para prestar cuidados de qualidade a mães lésbicas (Wilton, 1999), e que as enfermeiras que trabalham com as futuras mães devem tentar explorar mais as

dificuldades vividas por estas e partilhá-las no sentido de uma mudança de atitude na sociedade (Goldberg *et al.*, 2009). A especialidade de Planeamento familiar foi também mencionada, o que pode ser um indicador da dificuldade dos profissionais em trabalhar com mulheres lésbicas e em compreender os seus comportamentos sexuais, importantes na prevenção de DSTs e no seu encaminhamento caso estas desejem ser mães.

Apenas uma participante afirmou conhecer um caso de discriminação, em que o médico de família negou de forma quase insultuosa o direito à reprodução assistida a uma mulher homossexual. No estudo de Quintas (2008), a percentagem de enfermeiros descrevendo exemplos de discriminação nos serviços de saúde era bastante mais significativa, muito embora estes profissionais detivessem, provavelmente, mais experiência de trabalho em contextos de saúde do que os estudantes do presente estudo e, conseqüentemente, maior probabilidade de testemunhar comportamentos discriminatórios. Outro aspeto que deve ser salientado no estudo de Quintas é a elevada percentagem de enfermeiros que discorda da reprodução medicamente assistida de casais de lésbicas, ideia provavelmente partilhada pelo profissional mencionado no único comportamento discriminatório relatado neste estudo. É, por isso, importante ter em atenção que as atitudes dos estudantes podem ser influenciadas pelos modelos e contextos onde estes aprendem a ser profissionais, o que pode ter um impacto no conhecimento, no conforto e na forma como trabalharão no futuro com a população lésbica.

Relativamente ao que poderá ser feito para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, no sentido de diminuir a discriminação de lésbicas, é importante salientar que, entre as opções existentes, o dar importância a questões lésbicas foi uma das menos referidas, enquanto que o profissionalismo foi a opção preferencial das estudantes. Westersthäl e Björkelund (2003) desenvolveram um estudo que abordava a forma como o profissional deveria desenvolver uma atmosfera de aceitação e abertura durante uma consulta médica, debaixo de uma noção consensual de “profissionalismo”. No entanto, os resultados do seu estudo indicaram que as técnicas tradicionais de consulta são insuficientes para o conhecimento da existência de pacientes lésbicas. É do senso comum que o profissionalismo é fulcral para a qualidade dos cuidados de saúde, mas não se constitui suficiente se os profissionais não atentarem a questões específicas da comunidade lésbica.

Por outro lado, é interessante o facto da grande maioria das estudantes deste estudo assumir que as dificuldades que a comunidade lésbica atravessa não são independentes da região onde moram, apontando o Norte como a região que representa mais obstáculos, sendo aquela na qual as participantes moram atualmente. A cidade de Lisboa e o arquipélago dos Açores foram as menos apontadas, provavelmente por razões diferentes. Se, por um lado, Lisboa é símbolo nacional de progresso e urbanização, os Açores podem ser considerados como um meio calmo onde as situações de discriminação são menos reportadas.

Os resultados indicam ainda que as estudantes que habitam atualmente em meios rurais tendem a julgar de forma mais negativa o movimento LGBT, e apresentam um maior nível de heterossexismo tradicional, mas níveis inferiores no que diz respeito à negação contínua da discriminação. As estudantes que habitam em meios rurais apresentam maiores níveis de discriminação na área da saúde. De facto, existem dados que apontam diferenças entre o meio rural e urbano, estando o primeiro mais preso a valores tradicionais e o segundo mais aberto à diversidade sexual, especialmente nos meios mais escolarizados e com maior abertura para a aceitação (Santos & Fontes, 2000).

No entanto, as estudantes de meios urbanos têm uma maior tendência a acreditar que a discriminação homossexual já não se verifica atualmente. Tal pode dever-se à ideia errónea de que a sociedade evoluiu - em especial nos meios urbanos - até ao ponto em que gays e lésbicas possuem oportunidades iguais de progresso enquanto que, em meios rurais, a percepção da existência de discriminação pode ser mais clara.

No que diz respeito à idade, foi encontrado que as estudantes mais velhas (21-31 anos) tendem a negar menos a discriminação e a apresentar maiores níveis de crenças positivas sobre a comunidade LGBT. Adicionalmente, o grupo das estudantes mais novas (18-21 anos) revelou uma maior aversão a lésbicas, quando comparadas com as mais velhas. Neste sentido, os resultados parecem apontar para uma tendência de aumento de atitudes positivas dos estudantes com a idade, consistente com os estudos de Eliason *et al.* (1998), Parker *et al.* (2000) e Sanchez *et al.* (2006).

Geralmente, a idade varia tendencialmente em função do ano académico. No entanto, a literatura não aponta para uma tendência estável de proporcionalidade entre o ano de licenciatura e a homofobia demonstrada. Com efeito, os dados deste estudo parecem apontar o terceiro ano como um ano particular em relação ao primeiro e quarto anos, apresentando um nível significativamente maior de heterossexismo tradicional, mas no entanto negando menos a discriminação da população LGBT.

No entanto, os dados apontam para maior grau de concordância com o valor e potencialidades do movimento LGBT, por parte dos estudantes que frequentam o primeiro ano de licenciatura, comparativamente aos restantes anos contemplados neste estudo. Paralelamente ao estudo de Hon *et al.* (2005), onde o primeiro e o segundo anos da licenciatura de Medicina revelam mais crenças positivas acerca da igualdade entre homossexuais e heterossexuais no que diz respeito ao padrão de comportamento sexual. No mesmo sentido, Yen (2007) encontrou que as enfermeiras que tinham mais experiência na profissão possuíam atitudes mais negativas para com os homossexuais, o que se pode dever a uma formação desatualizada, ou à tendência para assumir que os papéis tradicionalmente associados ao género e estereótipos. No entanto, não foram encontradas associações com a idade neste estudo.

Relativamente à existência de pessoas amigas/conhecidas lésbicas, foi observado que as participantes que responderam positivamente desenvolviam atitudes mais positivas. Assim, as

estudantes que não tinham amigas e/ou conhecidas lésbicas apresentaram maiores níveis de preconceito. Mais especificamente, este é o grupo que, no mesmo sentido, apresenta menores níveis de resistência à heteronormatividade (maior resistência relativamente aos papéis tradicionais de género) e de crenças positivas sobre LGBT, e maiores níveis de julgamento de valor da comunidade LGBT (menor concordância com ideais pró-diversidade e potencialidades do movimento LGBT). Estes dados encontram-se em concordância com a literatura na medida em que, em geral, os estudos apontam para o aumento do conhecimento e atitudes positivas e/ou diminuição do desconforto na interação dos estudantes com pessoas LGBT em geral (e.g. Sanchez *et al.*, 2006; Yen *et al.*, 2007) ou em contexto de formação académica (e.g. Anderson *et al.*, 2009; Kelley *et al.*, 2008; Gusmán *et al.*, 2007).

Mais especificamente, no que diz respeito ao contacto com as lésbicas, a literatura mantém-se consensual, afirmando que a familiaridade de estudantes de enfermagem com as mesmas constitui um dos maiores preditores da aceitação e socialização. A invisibilidade das lésbicas na saúde pode contribuir para a manutenção de estereótipos negativos e para a existência de uma lacuna no contacto com as mesmas, o que, por sua vez, pode inibir o desejo de estas revelarem a sua orientação sexual. No entanto, este ciclo pode ser quebrado com atitudes positivas por parte dos profissionais de saúde (Eliason & Randall, 1991). Deste modo, torna-se clara a urgência da promoção do conhecimento e de atitudes mais positivas no sentido de incluir a população lésbica numa área tão sensível como a saúde, onde a prestação e cuidados de qualidade são objetivos a atingir, e a marginalização acarreta sérios riscos para a integridade física e psicológica dos pacientes.

Os dados indicaram que as estudantes de orientação política de Centro possuem uma maior resistência à heteronormatividade, comparativamente às estudantes com tendência política de direita. No mesmo sentido, McKelvey (1999) encontrou numa amostra de estudantes de Enfermagem e Medicina, que as atitudes mais negativas para com a população LGB se encontravam nos estudantes de orientação política de Direita. Estes dados parecem corroborar a ideia de conservadorismo tradicionalmente associada a ideais políticos de Direita. No entanto, é necessária precaução na sua interpretação e atentar a três aspetos distintos mas interrelacionados. O primeiro está relacionado com a dimensão dos grupos de estudantes, dado que o grupo de Direita detém uma dimensão bastante maior, comparativamente aos restantes, o que pode ter implicações na orientação dos dados. O segundo aspeto prende-se com o contexto sociopolítico patente na sociedade no momento da recolha dos dados. Recorde-se que os questionários foram administrados aos estudantes numa altura em se debatia o futuro político do país através de sondagens, relativamente às eleições de 5 de Junho de 2011, cujos resultados se traduziram na mudança de Governo PS (Partido Socialista) para PSD (Partido Social Democrata), que embora de orientação de Centro, apresentam influências de Esquerda e de Direita, respetivamente. O terceiro aspeto está relacionado com o anterior, na medida em que, se

por um lado os estudantes aparentassem deter conhecimento acerca do contexto político do momento, por outro demonstraram inabilidade para distinguir a orientação política dos partidos, através das questões levantadas aquando do preenchimento dos questionários.

Na literatura, a heteronormatividade tem sido descrita como estando particularmente relacionada com a discriminação da população LGBT em profissionais de saúde (e.g. Quintas, 2008; Røndahl, 2009; Røndahl *et al*, 2009). Através das análises dos resultados obtidos relativamente ao Preconceito Polimorfo, foi possível verificar que os estudantes apresentaram maior cotação na subescala de resistência à heteronormatividade, na qual a média se aproximou do ponto máximo da escala, seguida da escala de crenças positivas, cuja média também apresentou uma pontuação próxima do ponto mais alto. No entanto, os valores médios encontrados apresentam-se bastante mais elevados do que no estudo de Oliveira (2010). Estes dados podem apontar para uma maior incidência da heteronormatividade entre os participantes deste estudo. Congruentemente, neste estudo, foram verificadas associações significativas entre a baixa resistência à heteronormatividade (elevada pontuação na escala de resistência à heteronormatividade) e a discriminação na área da saúde.

A subescala que revelou uma pontuação média menor refere-se à aversão a lésbicas, aproximando-se do ponto mínimo da escala. Uma possível explicação para este facto pode residir na influência da deseabilidade social, pois os participantes podem ter considerado que os itens que dizem respeito a essa escala se apresentam demarcadamente mais negativos do que os que se referem à heteronormatividade, dado que esta pode assumir um carácter mais subtil e menos condenável na sociedade.

CONCLUSÃO

O presente estudo contribuiu para a ideia de que a homofobia é frequente entre os estudantes de enfermagem e tenta alertar para as suas implicações, que acarretam custos na prestação de cuidados de saúde (Campo-Arias *et al.*, 2010). Em Portugal, a formação em Enfermagem, Medicina e Psicologia continua a fomentar o preconceito. As atitudes dos profissionais de saúde e as situações discriminatórias e de exclusão afetam diretamente a autoestima dos indivíduos LGBT (Quintas, 2008).

Com efeito, os participantes deste estudo, consideram que a saúde é a área menos discriminatória e a religião é o contexto onde se verifica mais discriminação. Adicionalmente, os resultados deste estudo apontam para lacunas no conhecimento dos estudantes acerca da discriminação em contextos de saúde e suas formas de expressão e consequências. No entanto, os mesmos admitem que a homofobia varia com o contexto e localização geográfica, o que pode constituir um fator de risco para a saúde psicológica/psiquiátrica da comunidade lésbica. A heteronormatividade dos participantes destacou-se como um fator relacionado com a discriminação na saúde. As crenças e/ou atitudes mais negativas foram encontradas nos estudantes mais novos, que habitavam em meios rurais, que detinham orientação política tendencialmente de Direita, e que não conheciam nem tinham amigas lésbicas. No entanto, estes dados devem ser interpretados com precaução, tendo em consideração fatores externos que poderão contribuir para tais perceções dos participantes. Outro fator a atentar consiste nas características da amostra deste estudo, em que a totalidade dos participantes é do sexo feminino e reside na zona Norte.

No sentido de complementar este estudo, sugere-se o desenvolvimento de estudos que incluam profissionais e/ou estudantes de enfermagem, bem como de outras áreas da saúde (eg. Medicina ou Psicologia). Estes podem também ultrapassar algumas limitações deste estudo, nomeadamente a inclusão de participantes do sexo masculino (em pequeno número nas escolas de enfermagem inquiridas), o abrangimento de diferentes regiões de Portugal, em meio rural e urbano, e uma mais diversa forma de recolha e tratamento de dados, através de questionários online e/ou entrevistas que permitam, a título de exemplo, uma abordagem mais qualitativa.

Seria desejável que os estudantes tivessem acesso a mais informação sobre lésbicas, nomeadamente através da inclusão de material nos programas curriculares, potenciando um maior conhecimento e atitudes mais positivas para com esta comunidade.

É urgente a continuação desta linha de estudos, no sentido de dar voz às necessidades das minorias sexuais e em particular das lésbicas, invisíveis pela condição de mulher e orientação sexual em simultâneo.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2004). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Anderson, J. I., Patterson, A. N., Temple, H. J., & Inglehart, M. R. (2009). Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) issues in Dental School environments: dental student leaders' perceptions. *Journal of Dental Education*, 73(1), 105-118.
- Arnold, O., Voracek, M., Musalek, M., & Springer-kremser, M. (2004). Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: A comparative survey. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 116(21-22), 730-736. doi:10.1007/s00508-004-0261-3
- Bent, K. N., & Magilvy, J. K. (2006). When a Partner Dies: Lesbian Widows. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(5), 447-459. doi:10.1080/01612840600599960
- Bjorkman, M., & Malterud, K. (2007). Being lesbian - does the doctor need to know? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 58-62. doi:10.1080/02813430601086178
- Burch, A. (2008). Health Care Providers' Knowledge, Attitudes, and Self-efficacy for Working With Patients With Spinal Cord Injury Who Have Diverse Sexual Orientations. *Physical Therapy*, 88(2), 191-198. doi:10.2522/ptj.20060188
- Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2008). Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años. *MedUNAB*, 11(2), 120-123.
- Campo-Arias, A., Herazo, Edwin, & Cogollo, Z. (2010). Homophobia among nursing students. *Revista da escola de enfermagem USP*, 44(3), 826-830. doi:10.1590/S0080-62342010000300041
- Clode, W. H. (2009). O sentido do sexo. *Revista da Ordem dos Médicos*, Dezembro 2009. Disponível online a 15 de Outubro de 2011, em <http://www.ordemdosmedicos.pt>
- Costa, C. G., Pereira, M., Oliveira, J. M. de, & Nogueira, C. (2010). Imagens sociais das pessoas LGBT. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Eds.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 93-147). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Dam, M. A. A. V., Koh, A. S., & Dibble, S. L. (2001). Original Research: Lesbian Disclosure to Health Care Providers and Delay of Care. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 5(1), 11-19. doi:10.1023/A:1009534015823
- Dower, T. (2001). Redefining family: should lesbians have access to assisted reproduction? *Melbourne University Law Review*, 25(2), 466-80.
- Eliason, M. J. (1998). Correlates of prejudice in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 37(1), 27-9.
- Eliason, M. J., & Randall, C. E. (1991). Lesbian phobia in nursing students. *Western Journal of Nursing Research*, 13(3), 363-374. doi:10.1177/019394599101300306
- Eliason, Michele, Donelan, C., & Randall, C. (1992). Lesbian stereotypes. *Health Care for Women International*, 13(2), 37-41. doi:10.1080/07399339209515986
- Gartrell, N., & Bos, H. (2010). US National Longitudinal Lesbian Family Study: Psychological Adjustment of 17-Year-Old Adolescents. *Pediatrics*, 126(1), 28-36. doi:10.1542/peds.2009-3153
- Gato, J., & Fontaine, M. (2010). Desconstruindo Preconceitos sobre a Homoparentalidade. *LES Online*, 2(2), 14-21. Disponível online a 15 de Outubro de 2011, em <http://www.lespt.org/lesonline>
- Goldberg, L., Ryan, A., & Sawchyn, J. (2009). Feminist and Queer Phenomenology: A Framework for Perinatal Nursing Practice, Research, and Education for Advancing Lesbian Health. *Health Care for Women International*, 30(6), 536-549. doi:10.1080/07399330902801302
- Guzmán, M., Ortíz, M. D. C., Torres, R. R., & Alonso, J. (2007). Attitudes towards homosexual and lesbians among Puerto Rican Public Health graduate students. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 26(3), 221-224.
- Hon, K.-lun E., Leung, T.-fan, Yau, A. P.-yuen, Wu, S.-man, Wan, M., Chan, H.-yee, & Yip, W.-ki. (2005). A Survey of attitudes toward homosexuality in Hong Kong Chinese medical students. *Teaching and learning in Medicine*, 17(4), 344-348. doi:10.1207/s15328015tlm1704_6

- Hoonard, W. C. (1993). Prejudice and Discrimination. *Bahá-í Library Online*, Disponível online a 15 de Outubro de 2011, em <http://www.bahai-library.com/448>
- Irwin, L. (2007). Homophobia and heterosexism: implications for nursing and nursing practice. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 70-76.
- Jones, M. K., Pynor, R. A., Sullivan, G., & Weerakoon, P. (2002). A study of attitudes toward sexuality issues among health care students in Australia. *Journal of Lesbian Studies*, 6(3-4), 73-86. doi:10.1300/J155v06n03_07
- Kan, R. W. M., Au, K. P., Chan, W. K., Cheung, L. W. M., Lam, C. Y. Y., & Liu, H. H. W. (2009). Homophobia in medical students of the University of Hong Kong. *Sex Education*, 9(1), 65-80. doi:10.1080/14681810802639848
- Kelley, L., Chou, C. L., Dibble, S. L., & Robertson, P. A. (2008). A Critical intervention in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender health: knowledge and attitude outcomes among second-year medical students. *Teaching and learning in Medicine*, 20(3), 248-253. doi:10.1080/10401330802199567
- Kissinger, D. B., Lee, S. M., Twitty, L., & Kisner, H. (2009). Impact of family environment on future mental health professionals' attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, 56(7), 894-920. doi:10.1080/00918360903187853
- Klamen, D. L., Grossman, L. S., & Kopacz, D. R. (1999). Medical Student Homophobia. *Journal of Homosexuality*, 37(1), 53-63. doi:10.1300/J082v37n01_04
- Lohrmann, C., Välimäki, M., Suominen, T., Muinonen, U., Dassen, T., & Peate, I. (2000). German nursing students' knowledge of and attitudes to HIV and AIDS: two decades after the first AIDS cases. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 696-703. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01326.x
- Makadon, H. J. (2011). Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 78(4), 220-4. doi:10.3949/ccjm.78gr.10006
- Massey, S. (2009). Polymorphous prejudice: liberating the measurement of heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, 56(2), 147-172. doi:10.1080/00918360802623131
- McKelvey, R. S., Webb, J. A., Baldassar, L. V., Robinson, S. M., & Riley, G. (1999). Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(2), 260-266. doi:10.1046/j.1440-1614.1999.00549.x
- McNair, R. (2003). Outing Lesbian Health in Medical Education. *Women & Health*, 37(4), 89-103. doi:10.1300/J013v37n04_07
- Moita, G. (2001). *Discursos Sobre a Homossexualidade no Contexto Clínico: A Homossexualidade de Dois Lados do Espelho*. Universidade do Porto.
- Oliveira, J. M. de. (2010). Orientação Sexual e Identidade de Género na psicologia: notas para uma psicologia lésbica, gay, bissexual, trans e queer. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Eds.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 19-42). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Oliveira, J. M. de, Pereira, M., Costa, C. G., & Nogueira, C. (2010). Pessoas LGBT - identidades e discriminação. In C. Nogueira & J. M. de Oliveira (Eds.), *Estudo sobre a discriminação em função da orientação sexual e da identidade de género* (pp. 149-209). Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.
- Parga, E. J. de S., Sousa, J. H. M. de, Costa, M. C., & Ferreira, S. L. (2001). Estereótipos e Preconceitos de Género entre Estudantes de Enfermagem da UFBA. *Revista Baiana de Enfermagem*, 14(1), 111-118.
- Parker, A., & Bhugra, D. (2000). Attitudes of British medical students towards male homosexuality. *Sexual & Relationship Therapy*, 15(2), 141-149.
- Peate, I., Suominen, T., Välimäki, M., Lohrmann, C., & Muinonen, U. (2002). HIV/AIDS and its impact on student nurses. *Nurse Education Today*, 22(6), 492-501. doi:10.1054/nedt.2002.0747
- Peel, E., & Thomsom, M. (2009). Editorial Introduction: Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Queer Health Psychology: Historical Development and Future Possibilities. *Feminism & Psychology*, 19(4), 427-436. doi:10.1177/0959353509342691

- Peterkin, A., & Risdon, C. (2003). *Caring for lesbian and gay people: A clinical guide*. Toronto University Press.
- Quintas, P. M. P. (2008). *Heteronormatividade no Contexto dos Cuidados de Saúde - Atitudes dos Profissionais de Enfermagem em Razão da Orientação Sexual do Utente*. Universidade do Porto.
- Roberts, S. J., & Sorensen, L. (1999). Health Related Behaviors and Cancer Screening of Lesbians: Results from the Boston Lesbian Health Project. *Women & Health*, 28(4), 1-12. doi:10.1300/J013v28n04_01
- Rowlands, I., & Lee, C. (2006). Choosing to have children or choosing to be childfree: Australian students' attitudes towards the decisions of heterosexual and lesbian women. *Australian Psychologist*, 41(1), 55-59. doi:10.1080/00050060500391860
- Röndahl, G. (2009). Students' Inadequate Knowledge about Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Persons. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1). doi:10.2202/1548-923X.1718
- Röndahl, G., Bruhner, E., & Lindhe, J. (2009). Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(11), 2337-2344. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05092.x
- Röndahl, G., Innala, S., & Carlsson, M. (2006). Heterosexual assumptions in verbal and non-verbal communication in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 373-381. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.04018.x
- Röndahl, Gerd; Innala, S. C. M. (2004). Nursing staff and nursing students' emotions towards homosexual patients and their wish to refrain from nursing , if the option existed. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(1), 19-26. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00263.x
- Sanchez, N. F., Rabatin, J., Sanchez, J. P., Hubbard, S., & Kalet, A. (2006). Medical students' ability to care for Lesbian, Gay, bissexual and Transgendered Patients. *Education*, 38(1), 21-27.
- Santos, A. C., & Fontes, F. (2000). Descobrimo o Arco-Íris: Identidades Homossexuais em Portugal. *IV Congresso Português de Sociologia*.
- Schlub, S. M., & Martsolf, D. S. (1999). Orthodox Christian Beliefs and Homophobia in Baccalaureate Nursing Students. *Nursing Forum*, 34(2), 15-22. doi:10.1111/j.1744-6198.1999.tb00982.x
- Sinding, C., Barnoff, L., & Grassau, P. (2004). Homophobia and Heterosexism in Cancer Care: The Experiences of Lesbians. *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 170-188.
- Skinner, C. J., Henshaw, P. C., & Petrak, J. A. (2001). Attitudes to lesbians and homosexual men: medical students care. *Sexually Transmitted Infections*, 77(2), 147-148. doi:10.1136/sti.77.2.147-a
- Stedman, T. L. (2005). *Stedman's medical dictionary for the health professions and nursing* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Verdonk, P. (2007). *Gender matters in medical education: Integrating a gender perspective in medical curricula*.
- Weisz, V. K. (2009). Social Justice Considerations for Lesbian and Bisexual Women's Health Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(1), 81-87. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00306.x
- Wessler, S. (2005). *Discrimination against Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender individuals in Maine*.
- Westerståhl, A., & Björkelund, C. (2003). Challenging heteronormativity in the consultation: a focus group study among general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(4), 205-208. doi:10.1080/02813430310002445
- Wilton, T. (1999). Towards an understanding of the cultural roots of homophobia in order to provide a better midwifery service for lesbian clients. *Midwifery*, 15(3), 154-164. doi:10.1016/S0266-6138(99)90060-8
- Yen, C.-fang, Pan, S.-mei, Hou, S.-ying, & Liu, H.-chin. (2007). Attitudes toward gay men and lesbians and related factors among nurses in Southern Taiwan. *Public Health*, 121(1), 73-79. doi:10.1016/j.puhe.2006.08.013