

# Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos?

Basic Health Units in Teresina-PI and the access to the LGBT population: what do doctors think?

Unidades Básicas de Salud en Teresina-PI y el acceso de la población LGBT: ¿qué piensan los médicos?

Edson Oliveira Pereira<sup>1</sup>

Breno de Oliveira Ferreira<sup>2</sup>

Gabriella Sorgatto do Amaral<sup>3</sup>

Camila Vital Cardoso<sup>4</sup>

Claudio Fortes Garcia Lorenzo<sup>5</sup>

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo investigar a percepção de médicos de Unidades Básicas de Saúde de Teresina, considerada uma das mais homofóbicas capitais brasileiras, sobre o acesso e a qualidade da atenção à população LGBT. Trata-se de uma análise qualitativa de discurso sobre entrevistas semiestruturadas com profissionais médicos de sete unidades de saúde, selecionadas por sorteio, entre as 22 existentes na cidade, e fundamentada no método hermenêutico-dialético. Quatro principais categorias analíticas emergiram: 1. Percepção confusa entre universalidade e equidade, 2. Patologização e percepção de anormalidade na condição, 3. Negação de barreira ao acesso e imputabilidade da ausência de procura do serviço aos próprios sujeitos, e 4. Baixa demanda do grupo LGBT ou invisibilidade da condição. Conclui-se que um dos principais desafios à implementação da política nacional de saúde dirigida a esta população continua sendo os estigmas e preconceitos incorporados nas subjetividades dos profissionais, os quais dificultam a compreensão de direitos e as razões da existência de políticas compensatórias.

**Palavras-chave:** Identidade sexual. Políticas Públicas de Saúde. Equidade em saúde. Homossexualidade.

**ABSTRACT:** This study aimed to investigate the perception of physicians in Basic Health Units of Teresina, which is considered one of the most homophobic Brazilian capitals, regarding the

1 Analista Clínico, mestre em Saúde Coletiva e doutorando em Ciências Farmacêuticas pela Universidade de Brasília ([edsondirec@gmail.com](mailto:edsondirec@gmail.com));

2 Psicólogo, especialista em Saúde da Família, mestre em Ciências e Saúde pela UFPI e doutorando em Saúde, Ambiente e Sociedade pela Fiocruz.

3 Enfermeira, especialista em Saúde da Família e mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

4 Médica pediatra do Hospital Universitário de Brasília.

5 Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e em Bioética da Universidade de Brasília.

access and quality of care to the LGBT population. We carried out a qualitative discourse analysis on semi-structured interviews with physicians of seven health units selected by lots from the 22 existing in the city, and based on the hermeneutic-dialectic method. Four key analytical categories have emerged: 1. Confused perception between universality and equity, 2. Pathologization and perception of abnormalities in the condition 3. Denial barrier denial of access and accountability of the lack of demand for the service to the subjects themselves, and 4. Low demand from the LGBT population or invisibility of their condition. We have come to the conclusion that a major challenge to the implementation of a national health policy aimed at this population remains; there are still stigmas and prejudices incorporated into the professional subjectivities, which hinder the understanding of the rights and reasons for the existence of compensatory policies.

**Key word:** Sexual identity. Public Healthcare. Policy Equity in Health. Homosexuality.

**RESUMEN:** Este estudio tuvo como objetivo investigar la percepción de médicos en Unidades Básicas de Salud de Teresina, considerada una de las capitales brasileñas más homofóbicas en relación al acceso y a la calidad de la atención a la población LGBT. Se trata de un análisis cualitativo del discurso en entrevistas semi-estructuradas con médicos de siete unidades de salud seleccionadas por sorteo, de entre las 22 existentes en la ciudad, y fundamentada en el método hermenéutico-dialéctico. Surgieron cuatro categorías analíticas clave: 1. Percepción confusa entre universalidad y equidad; 2. Patologización y percepción de anormalidad en la condición; 3. Negación de barrera de acceso y atribución de falta de busca por los servicios de los propios sujetos; y 4. Baja demanda del grupo LGBT o invisibilidad de la condición. La conclusión es que uno de los mayores desafíos para aplicar la política nacional de salud dirigida a esta población sigue siendo los estigmas y prejuicios incorporados en las subjetividades de los profesionales, las cuales dificultan la comprensión de los derechos y de las razones para la existencia de políticas compensatorias.

**Palabras clave:** identidad sexual; políticas públicas de salud; equidad en salud; homosexualidad.

## INTRODUÇÃO

A tentativa de reivindicar os direitos ligados ao campo da saúde para a população LGBT emerge na transição do século XX para o século XXI<sup>1</sup>. As exigências iniciais ocorreram frente às diversas formas de pressão por diferentes movimentos sociais vinculados à causa LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), tendo como principal foco o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS, que no período começou a ser intitulada como “peste gay” ou “câncer gay”, dada a maior incidência e prevalência naquela população, o que trouxe, como consequência impactante, o reforço ao preconceito e a discriminação contra o grupo social LGBT<sup>2</sup>.

Por outro lado, essas pressões discriminatórias fortaleceram a participação dos grupos LGBT na busca pelos direitos sociais, historicamente negados, inclusive no campo da saúde<sup>3</sup>. As lutas ao longo do tempo culminaram com o reconhecimento do preconceito e a discriminação enquanto determinantes de saúde, e da necessidade de um planejamento de saúde que contemplasse a complexidade da oferta de atenção, dadas as condições de estigmatização e discriminação desse

grupo.

Carvalho e Philippe<sup>4</sup> afirmam que a ausência de um acolhimento adequado nas unidades de saúde configura um dos principais problemas enfrentados pela população LGBT. Já Sousa e colaboradores<sup>5</sup> destacam que o processo de humanização no SUS depende de mudanças sistemáticas e estratégicas, que envolvem as formas de pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais da saúde, no sentido de garantir o respeito às diferentes manifestações da sexualidade e às diversas formas de constituição familiar.

A confluência de esforços dos movimentos sociais e da produção científica brasileira levou o Ministério da Saúde à elaboração de programas e políticas públicas específicas, assim como à inclusão de diretrizes relacionadas à população LGBT em outras políticas públicas de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral de LGBT (PNAILGBT), publicada em 2010, representou, de certa forma, um ponto culminante desse processo, uma vez que sua elaboração traz entre seus objetivos principais a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais e o combate à discriminação e ao preconceito institucional enquanto obstáculos ao acesso, ao acolhimento e à qualidade da atenção<sup>3</sup>. No ano seguinte, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica reafirmou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como principal porta de entrada do sistema de saúde, e determinou que o percurso do usuário deve iniciar junto ao ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria de seus problemas de saúde<sup>6,7</sup>.

Entretanto, o alcance do cumprimento das diretrizes das políticas nos diversos níveis de complexidade da atenção não se dá pela simples elaboração e publicação de seus enunciados. Trata-se de uma tarefa complexa, uma vez que os padrões heteronormativos hegemônicos na sociedade atuam diretamente na geração e reprodução de posturas discriminatórias, as quais inevitavelmente influenciam na conduta dos profissionais que atenderão as demandas desse grupo.

A superação do problema implicará, sem dúvida, em processos de formação continuada onde as questões envolvendo preconceito, sexualidade e atenção à saúde sejam trabalhadas não apenas na perspectiva cognitiva da informação e da norma, mas na perspectiva de autocompreensão subjetiva da constituição de seus próprios preconceitos e valores. É fundamental, portanto, conhecer as diversas perspectivas sobre o problema dos diversos profissionais que atuam no sistema de saúde. Em um país de dimensões continentais e estruturas sociais tão complexas como o Brasil, esses fatores podem surgir de formas mais ou menos intensas, a depender do contexto sociocultural onde as unidades de saúde estejam inseridas. Daí a importância de investigações que incluam estes diversos contextos.

De acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica<sup>8</sup>, Teresina adotou a Estratégia de Saúde da Família em praticamente todos os bairros do município, cobrindo uma população de 759.000 pessoas, o que representava 95,6% da população geral do município, com 72 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde e 220 equipes de saúde da família, distribuídas nas

áreas urbana e rural. Por outro lado, o estado do Piauí vem registrando altos índices de homicídio contra a população LGBT, tendo sua capital, Teresina, chegado a ocupar entre 2010 e 2012 o primeiro lugar como capital que oferecia maior risco à população LGBT. Em 2013, passou a ocupar a quinta colocação como a capital mais homofóbica do país e, finalmente, em 2014, a segunda posição em números de crimes de ódio, envolvendo intolerância à orientação sexual, de acordo com os relatórios anuais do Grupo Gay da Bahia.

O presente artigo teve como objetivo principal verificar a percepção dos profissionais médicos na rede da Atenção Básica do município de Teresina, capital piauiense, a respeito do acesso da população LGBT ao Sistema Único de Saúde. O estudo foi produzido a partir de um recorte da pesquisa multicêntrica, coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), sobre acessibilidade e qualidade de atenção à população LGBT em todo território nacional.

### **Sobre os males que assolam o acesso da população LGBT aos sistemas de saúde no Brasil.**

No que se diz respeito ao campo da saúde, o universo simbólico em torno da diversidade sexual foi primordialmente construído pela ordem médica, a qual por muito tempo identificou e classificou o segmento LGBT como portadores, em particular, de patologia mental e desvio de conduta sexual. Muitos desses sujeitos se submeteram a internações forçadas em instituições manicomiais de tratamento para portadores de transtorno mental, a fim de obterem a cura, onde foram tratados com eletrochoques, intensa medicamentação, banhos frios, isolamento, dentre outras torturas e explícitas violações de direito aos ditos degenerados<sup>9</sup>.

Embora o “homossexualismo”, expressão utilizada na época, tenha sido extinta do manual de perturbações mentais da Associação Americana de Psiquiatria, em 1973, e da lista de doenças mentais da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985, ainda vigora uma forte relação nos ambientes conservadores da sociedade e das instituições de saúde da orientação sexual à patologização dessas pessoas, por entenderem que as relações homoafetivas fogem das condutas “naturais” e são passíveis de “correção”<sup>10</sup>.

Outro fator que tem sido considerado como contribuinte para construção de um universo simbólico de negatividade, em relação à diversidade dos comportamentos sexuais, é o uso do “fator de risco” enquanto categoria analítica do discurso epidemiológico, que segundo Ayres<sup>11</sup> produziu noções secundárias de “grupos de risco” e “práticas de risco” levando a um processo de estigmatização e discriminação de adolescentes, homossexuais, profissionais do sexo, entre outros.

Foi também, com base na observação do processo estigmatizante, que se desenvolveu no campo da saúde a noção de uma dimensão também simbólica da organização de serviços, o que envolveria não apenas os aspectos objetivos geográficos, econômicos e funcionais, mas as subjetividades e, conseqüentemente, as dinâmicas relacionais, influenciadas pelas crenças e valores dos diversos

sujeitos e grupos em interação em torno da atenção à saúde<sup>12</sup>.

As barreiras simbólicas ao acesso da população LGBT aos serviços têm sido frequentemente denunciadas e discutidas, não apenas em relação aos homossexuais masculinos<sup>13</sup>, mas para todos os grupos que compõe a diversidade de orientação. Para as lésbicas e mulheres bissexuais, por exemplo, a discriminação associada ao despreparo dos profissionais de saúde é a principal barreira para que elas assumam sua orientação sexual durante o atendimento<sup>14</sup>. No que se refere às travestis e transexuais, as barreiras simbólicas ao acesso e o comprometimento da qualidade de atenção têm sido relatadas como ainda mais intensas, influenciando desde a dificuldade em se cumprir a determinação de uso do nome social nos prontuários<sup>15</sup> quanto o ainda persistente processo de psiquiatrização da condição de transexualidade, para a garantia à cirurgia de redefinição de sexo<sup>16</sup>.

Além do reconhecimento por programas e políticas públicas de saúde da discriminação, enquanto determinantes de saúde e do preconceito institucional enquanto barreira simbólica ao acesso e à boa qualidade de atenção como um todo, mecanismos interministeriais também foram adotados no intuito de fortalecer a promoção do respeito à diversidade. Em 2007, o documento intitulado “Educação como Exercício da Diversidade” do Ministério da Educação já reconhecia que a construção social da noção de epidemia de doenças sexualmente transmitidas, associada às práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo esteve centrada em uma abordagem preconceituosa e excludente<sup>17</sup>.

Por outro lado, os movimentos sociais galgaram melhores espaços de participação, através dos quais puderam tornar mais visíveis suas principais reivindicações, que Carrara<sup>18</sup> sintetizou como: livre expressão de orientação sexual; mudança para o nome social em documentos de identidade; acesso à saúde de qualidade; e proteção pelo Estado contra a violência motivada pela intolerância à diversidade.

Se por um lado o enfrentamento até agora operado não parece ter sido suficiente para a dissolução no plano das subjetividades de estigmas, profundamente encarnados na cultura, por outro lado, podem funcionar como mediadores do discurso, produzindo, sobretudo, no campo da saúde, o constrangimento de profissionais em assumir de forma explícita seus preconceitos, e provocando, em um primeiro momento, uma tendência a um discurso performático, alinhado ao politicamente correto, que significa a negação do preconceito.

Assim sendo, parece fundamental estudar hermeneuticamente o discurso dos médicos e demais profissionais, buscando revelar ideologias e moralidades subjacentes quanto ao acesso da população LGBT à atenção em saúde. Esse tipo de estudo, entretanto, é praticamente inexistente na literatura brasileira. O contexto de Teresina, caracterizado por uma sociedade sob forte influência religiosa, e considerada como uma das mais discriminatórias do país em relação ao grupo LGBT, pode ajudar a compreender melhor como se estruturam esses discursos, contribuindo para o planejamento futuro de estratégias de formação continuada e capacitação.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo de análise de discurso pelo método hermenêutico dialético. Para Minayo<sup>19</sup>, na pesquisa social existe uma identidade entre sujeito e objeto, revelando um substrato comum de identidade com o investigador, tornando sujeitos e pesquisador imbricados e comprometidos numa mesma ciência. A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são de naturezas próximas.

Foram selecionadas, por sorteio, sete Unidades de Saúde da Família (USF), entre as 22 existentes no município, e nelas os profissionais médicos que participaram do estudo. Os critérios de exclusão dos participantes foram: não estar inserido em uma equipe completa de saúde da família, ter menos de três anos de atuação na atenção básica, e não estar cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Caso as exigências não fossem cumpridas era procedido novo sorteio.

Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas que foram gravadas e, posteriormente, transcritas para que fosse aplicado o exame hermenêutico-dialético, proposta por Minayo<sup>19</sup>, seguindo ordenação dos dados; classificação dos dados e relatório final.

A etapa da ordenação dos dados trata-se de procedimento hermenêutico em que o material empírico apresentado como corpus foi tecnicamente analisado. Este se deu por meio de um mapa horizontal, formatado a partir da transcrição integral das falas, da (re)leitura do material, do ordenamento destas, como também da disposição adequada dos fatos observados.

Já a classificação dos dados foi estabelecida através de uma leitura horizontal e exaustiva de cada dado, o que permitiu emergir as unidades de inferência, que podem ser expressos em elementos unitários de conteúdo que foram submetidos à classificação e agregação. No estudo, foram palavras e/ou frases dos sujeitos em dialético em ação. As unidades de inferência, à luz do referencial teórico, foram agrupadas em quatro categorias de análise. Ao fim, o relatório de desfecho foi uma produção de fundamentação das categorias, discussão de dados e pontuações finais.

Quantos aos aspectos éticos destaca-se que cada participante recebeu uma identificação através da categoria profissional “Med” seguido da numeração 1 a 7. O trabalho obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília, sob nº parecer de CAAE 25856613.9.0000.0030. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento e Livre Esclarecido-TCLE.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

*“Devem ser inseridos na população normal pra ser encarados com naturalidade” (MED1).*

Da análise nas unidades de inferência, emergem quatro categorias principais: 1. Percepção confusa entre universalidade e equidade; 2. Patologização e percepção de anormalidade na condição; 3. Negação de barreira ao acesso e imputabilidade da ausência de procura do serviço aos próprios sujeitos; 4. Baixa demanda do grupo LGBT ou invisibilidade da condição.

### **Percepção Confusa entre Universalidade e Equidade.**

Na relação entre os médicos e a clientela, percebe-se, a partir do material coletado, que o discurso da universalização imbrica fortemente o exercício da equidade:

*“Não existe nada especial para eles, exatamente porque defendemos a ideia que eles devem estar inseridos dentro da comunidade e sem motivo para que eles sejam segregados de uma forma ou de outra” (MED 1).*

*“Eles entram na universalidade, não tem serviços e ações especificamente dirigidos só para eles ainda. [...] Um problema a supervalorização desse grupo, enfraquecer os outros, não é?! (MED3).*

*“Aqui no consultório, qualquer um tem o acesso, independente de ser desse grupo ou não. O que tem prioridade justamente são aqueles já padronizados oficialmente: idosos, portadores de necessidades especiais, gestantes e crianças de colo” (MED4).*

*“A gente não tem nada específico para LGBTT. É como eu tô te falando, é um acesso universal, independente de sexo, raça, idade [...] não tem nenhum programa específico. É igual para todo mundo. A facilidade ou dificuldade é a mesma” (MED5).*

A desconsideração do prescrito nos autos da Política Nacional de Atenção Integral à População LGBT, a confusão conceitual e a prática entre igualdade e equidade, e ainda as violências simbólicas por parte do profissional são faces diversas de um mesmo fenômeno. Os fragmentos de diálogos extraídos dos discursos dos profissionais médicos, inseridos na rede pública de saúde da capital piauiense, sugerem certa distância de um modelo de atenção integral e equânime, proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à homofobia, lesbofobia e transfobia, e à discriminação nas instituições e nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), serão exíguos caso não haja uma mudança nos paradigmas atuais no campo do discurso e das ações médicas.

Faz-se necessário afirmar que o conceito de igualdade de gênero dado pelos profissionais não respeitam a liberdade que todos os seres humanos, tanto mulheres como homens, possuem para desenvolver as suas capacidades pessoais e fazer escolhas, sem as limitações impostas por

estereótipos, impostando assim, baseando-se em uma corrente conceitual em que igualdade de gênero é marcada pela obrigatoriedade de mulheres e homens serem idênticos, diferente da abordagem em que os seus direitos, responsabilidades e oportunidades não dependem do fato de terem nascido com o sexo feminino ou masculino.

A respeito de como são organizadas as ações e serviços dirigidas à população LGBT na unidade de saúde em que os profissionais médicos entrevistados exercem suas funções, há uma unanimidade no discurso, em que alega não haver “nada específico para eles” (MED5). Porém, observa-se que a justificativa é baseada, basicamente, no conceito arraigado de igualdade, focado na universalização de direitos. O ponto de vista da classe médica nem sempre consegue velar-se, de modo que o discurso, embora cuidadoso, evidencia a inobservância médica à Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

Nesse sentido, faz-se necessária a importância de um olhar que contemple a interação de diversos marcadores de diferença. É possível, ainda, que a população LGBT atendida por esses profissionais entrevistados pode estar condicionada a outras formas de opressões por distintos fatores, a exemplo das afirmações de Parker e Camargo Jr.<sup>20</sup> que atrela a opressões advindas da orientação sexual, da pobreza, do racismo, da desigualdade de gênero e da homofobia, e quando correlacionadas, sistematicamente, proporciona aos sujeitos situação de acentuada vulnerabilidade.

A percepção que a orientação sexual e gênero necessitam para uma atenção integral à saúde não é relacionada apenas a fatores determinantes no processo de saúde/doença ou, ainda, como seus produtos negativos, como preconceito, violência, estigma, discriminação, dentre outros, mas com fatores econômicos, como destaca os discursos dos profissionais médicos entrevistados. A confusão do conceito de universalidade, para justificar a ausência de ações específicas para a população LGBT, é evidente e clara, e lesa a garantia de homens e mulheres serem tratados de forma justa, de acordo com as respectivas necessidades. É importante destacar que dentro desse conceito é abordada a importância do tratamento que deve considerar, valorizar e favorecer, de maneira equivalente, direitos, benefícios, obrigações e oportunidades entre os gêneros.

### **Patologização e Percepção de Anormalidade na Condição.**

A visão médica da homossexualidade, enquanto desvio, continua presente no discurso médico, impactando o cotidiano de busca pelo serviço de saúde:

“Conversava muito com eles (...): não é porque você é desse jeito aí que você vai se jogar não. Você pode ter um bom comportamento e ser uma pessoa normal como eu sou [...] Eles têm problemas, mas não vamos esconder, né? Vamos botar pra fora, dizer a verdade, que eles têm problema, têm! Precisa, precisa ter que ouvir” (MED2).

“Acesso[...] é aquilo que é ofertado para todos, sem distinção, para o normal e para o gay (MED2).



“Eu creio que aqui não tenha ações específicas para esse grupo, ele é atendido como todos. Existe controle da hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, outras patologias, mas LGBT não tem!” (MED4).

“Não existe uma rotina específica para eles aqui na unidade... Às vezes, campanhas, doenças, que eles têm um perfil de risco maior” (MED 6).

“(…) nenhuma demanda específica com relação a isso. Continua sendo a questão exposição ao agravo sexualmente transmissível continua sendo isso.” (MED 3).

“Preocupados para fazer o exame do HIV. (...) Eles são muito preocupados com esse ponto, né? (...), então é, já sabia de cor, o HIV, Raio X de tórax e o hemograma.” (MED 2).

O presente estudo demonstra que há profissionais que ainda preservam a visão, considerada por Caponi<sup>19</sup> como arcaica, da ordem médica do século XX, que por muito tempo identificou e classificou o segmento LGBT como portadores, em particular, de patologia mental e desvio de conduta sexual. A inobservância das especificidades da população LGBT é reforçada pelos profissionais médicos pelo desconhecimento do conceito e efeito da Discriminação Positiva dada por Reimers<sup>21</sup>, que a evidencia como uma verdadeira redistribuição das oportunidades sociais e como potente arma para responder à aspiração democrática de igualdade de oportunidades.

Os estudos corroboram com os achados de Ayres<sup>22</sup>, que afirma que a vulnerabilidade ainda impera nos cenários de saúde. Em períodos em que a população LGBT foi criticada fortemente na história da epidemia da AIDS, onde a vulnerabilidade as quais eram expostas os transformava em serem passíveis de exclusão e maus tratos, como estigmatização e discriminação, atualmente ainda se promove a ideia de que são grupos protagonistas na disseminação da doença, e as narrações deste estudo apontam essa repercussão na conduta médica nos dias atuais.

É indiscutível, portanto, que a influência dos padrões sociais de caráter heteronormativos estabelecidos, tem dentro dos espaços de saúde investigados seu espaço de ação. É certo, ainda, de acordo com Sousa e colaboradores<sup>5</sup>, que essa influência atua fortemente na conduta profissional, aumentando o risco de alguns não terem os seus direitos respeitados e os afastando dos serviços de saúde, assim como ocorre nos locais em que a demanda LGBT não tem a Unidade Básica de Saúde como referência para suas necessidades integrais, a exemplo do modelo teresinense desse estudo.

A patologização da população LGBT também é evidenciada no discurso dos profissionais pesquisados, onde a relação de ações específicas de atenção integral à saúde da população LGBT a programas de acompanhamento de patologias crônicas passíveis de tratamento denota evidente equiparação entre o indivíduo LGBT e o paciente acometido por essas doenças.

Outro fator a ser considerado é a forte relação estigmatizante da população LGBT com as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) que ainda se faz presente nas práticas médicas

nos dias atuais. Prova disso, é a constatação no discurso médico ao afirmar que a procura dos segmentos é restritamente pela preocupação e realização de exames para o diagnóstico de doenças consideradas predominante dos segmentos LGBT, sendo sua conduta replicada por meio de uma rotina padronizada, evidenciada no estudo por meio de solicitação de exames específicos.

Os relatos extraídos no discurso, coletados na entrevista, revelam que a associação entre a população LGBT e DST ainda é reforçada pelos profissionais médicos, onde há uma condenação da orientação sexual ao contato com fatores causadores de doença, principalmente HIV, evidências compatíveis com os estigmas que essa população já enfrenta desde os tempos remotos. Afirmações nesse sentido não promovem a saúde dos indivíduos LGBT, mas conseguem influenciá-los de forma negativa para negação ou, ainda, a privação do usufruto pleno de sua orientação sexual, pelo receio psicológico instigado pelo profissional de saúde.

É evidente a forma pela qual o profissional de saúde enxerga e assiste os usuários LGBT nas unidades pesquisadas. É preciso, nesse contexto, que o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH (homens que fazem sexo com homens) e Travestis<sup>17</sup> seja observado, principalmente na prescrição em que aborda a homofobia e a transfobia, iniciada desde o convívio familiar, onde desencadeia barreiras sequenciadas que carecem de superação pelo indivíduo afetado, sendo seus efeitos negativos em vários aspectos, como “a autoestima, as dificuldades na sociabilidade, a exclusão do convívio familiar e na descontinuidade da educação formal”<sup>17</sup>, dentre outras dificuldades que acabam desembocando em diversos outros prejuízos.

Por outro lado, encontramos em um único discurso a percepção de que a população LGBT tem avançado quanto à adoção de medidas de segurança adequadas à prevenção das DSTs:

“Por incrível que pareça, é um grupo que tenha um certo esclarecimento em relação à proteção contra doenças sexualmente transmissíveis” (MED1)

### **Negação de barreira ao acesso e imputabilidade da ausência de procura do serviço aos próprios sujeitos.**

Na visão médica, o acesso é marcado pela ausência de barreiras, sendo o próprio usuário LGBT responsável por sua ausência na Unidade Básica de Saúde:

“Não existe dificuldade, sempre tem uma maneira que o paciente seja atendido, se não puder vir, nós vamos a sua residência [...] Eu não percebo se há discriminação entre LGBT e outros pacientes da população” (MED2).

“Hoje em dia, a dificuldade que eles têm é a mesma dificuldade que qualquer pessoa comum tenha [...]” (MED6).

“Não, não tem impedimento, é por parte deles mesmo, eles se envergonham, ainda é o tabu, que

melhorou bastante, né? Melhorou 60%. Antigamente, andavam escondido, hoje melhorou muito. Lá no meu interior fico preocupado, já andam tudo solto já, fazem questão” (MED2).

“Eles mesmo, LGBT, não procuram a unidade como um grupo formado. Se eles não procuram a unidade, se mobilizam, então nós também não temos a oportunidade desse relacionamento [...] Mas nós não temos contato com esse grupo, esse grupo em momento nenhum nos procurou” (MED4).

“A não ser por um preconceito próprio deles, caso tenha, mas não pela equipe, pela UBS, de jeito nenhum! Se tiver, é por eles mesmos, de repente chegar aqui. Mas pela equipe, pela unidade, não!” (MED5).

Não é apenas as práticas discriminatórias que bloqueiam o acesso ao sistema de saúde a população LGBT, mas também, e, talvez de forma imperativa, a impropriedade da oferta de atenção e de cuidados. O discurso narrativo comum, que alega a ausência da população LGBT nos serviços de saúde, não demonstra boas condições de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis ou transexuais, mas uma desatenção às questões relacionadas à orientação sexual ou, ainda, o bloqueio da assistência, já que o acesso para os segmentos LGBT está condicionado à compreensão das demandas desses grupos, tendo em vista o cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde.

O Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) aponta que o setor da saúde tem se mostrado permeável ao debate e à incorporação de desafios e inovações de diversas naturezas, o que ocasiona uma expectativa positiva quanto às mudanças. Porém, há uma ampla constatação de que os direitos humanos dos grupos LGBT são violados ou negligenciados<sup>23</sup>. Corroborando com a última afirmação, constatou-se no estudo que a compreensão de demandas específicas aos segmentos LGBT são ausentes em todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) pesquisadas, marcado pela falta de ações específicas.

Diante dos fatores que imputam o usuário LGBT pela ausência da procura pelos serviços de saúde, pelos quais lotam os profissionais entrevistados, a Campanha de Humanização do Ministério da Saúde, evidencia que as violências sofridas pelo cliente dentro do espaço compreendido como estabelecimento de saúde leva a bloqueios e traumas de difícil reparo, não sendo o papel do profissional acelerar este processo ou tentar influenciar as decisões de seus clientes, muito menos “culpabilizá-los por permanecerem, mas sim confiar e investir na sua capacidade para enfrentar os obstáculos”<sup>24</sup>.

Assim, é possível observar, que faz-se necessário nos estabelecimentos de saúde pesquisados um modelo de saúde cujo serviço seja compatível com as necessidades da comunidade, incluindo a população LGBT. As questões levantadas por Adami<sup>25</sup> e Unglert<sup>26</sup>, que consideram o formato de serviços oferecidos, os horários previstos e melhoria no atendimento, devem ser reconsideradas para um panorama mais inclusivo, e para que as questões como agendas para participação e envolvimento para integração de toda comunidade adscrita, campanhas de integração de populações

historicamente exclusas dos serviços por meio dos preconceitos e discriminações e, ainda, o reforço de serviços que considerem e respeitem as peculiaridades, escolhas e modo de vida de cada um.

O presente estudo reforça, na lógica da integralidade à saúde, algumas questões que devem ser cuidadosamente observadas, principalmente as inseridas no campo dos prejuízos e agravos à saúde, advindos de processos contínuos e repetitivos de estigmas, discriminação e exclusão social, entendendo esses prejuízos não apenas os físicos, mas também os psicológicos, cuja amplitude e magnitude são de ampla escala do ponto de vista negativo e irreversíveis, corroborando com os achados de Sousa e cols.<sup>5</sup> no que se refere a esses tipos de violências no campo da saúde.

As diretrizes e os objetivos da Política Nacional de Atenção Integral de LGBT estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos sociais. As diretrizes do SUS reafirmam o compromisso com a universalidade, com a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Com a implementação da Política, o próprio Ministério da Saúde<sup>27</sup> reconhece que a identidade sexual e a identidade de gênero são constituintes de um processo complexo de discriminação e de exclusão, do qual derivam os fatores de vulnerabilidade.

### **Baixa demanda do grupo LGBT ou invisibilidade da condição**

“Nós não temos esse tipo de paciente aqui, eu nunca atendi, nunca se dirigiu pra cá pra nós. [...] Existe ainda um complexo, né? por alguns, outros não, né? Fazem questão de ser [...] uns fazem questão de aparecer e outros não, fazem questão de se esconder” (MED2).

“Como a comunidade é reduzida, pelo menos aquelas que sejam sabidas, que sejam bem expostos, que tenha algum grau de revelação, a demanda é pequena, é curta” (MED3).

“Na verdade, quando o paciente procura a nossa equipe [...], a gente não procura identificar sua opção sexual [...] independente de sua opção, nós atendemos a todos” (MED4).

“Também, é aquela coisa, que a gente saiba que é LGBTTT, não tem! Por exemplo, eu sou LGBTTT e quero uma consulta, não, não tem! É uma pessoa qualquer que vem para uma consulta aqui no posto e vai ser atendido de qualquer forma” (MED5).

“É pequena a demanda, e existe ainda muito preconceito, principalmente dos próprios familiares” (MED6).

“Não, muito pouco. Se eu tiver três, eu tenho muito. Muito pouca a procura. E é porque a gente atende bem, recebe bem. Se eu tiver três, tenho muito, que eu faço acompanhamento” (MED7).

Frente às violências simbólicas, como também as agressões firmadas pelo desrespeito, a revelação ao outro da orientação sexual, torna-se uma tarefa árdua e difícil, evidenciada por Foucault como

silenciamento da sexualidade. Nesse contexto, identifica-se neste estudo essa complexidade pelos quais o indivíduo expressa sua sexualidade, corroborando com os estudos de Abdo<sup>28</sup>, que alega que tal fator pode estar relacionado por relacionamentos, circunstâncias de vida ou pela cultura, o que pressupõe ser algo construído gradualmente e por caracterizar a performance e identidade de gênero.

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT também reconhece a complexidade envolvida no processo de desnaturalização dos preceitos heteronormativos que levam a ações discriminatórias, por prever em seu escopo um longo e difícil caminho a ser percorrido, alertando que a maior dificuldade “será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças”<sup>27</sup>.

As condições expostas relatam a ausência da população LGBT nas unidades de saúde e, ainda, um atendimento ao indivíduo cuja orientação sexual, anseios e problemas são velados ao profissional e restrito ao paciente. O Programa Brasil Sem Homofobia, prescreve, desde 2002, que o cuidado integral por parte do sistema de saúde só é possibilitado mediante uma relação de vínculo firmado quando o respeito de ambas as partes é evidenciado de forma recíproca. Portanto, o papel do profissional de saúde é facilitar o diálogo, “agindo com tato e diplomacia na busca da orientação ou encaminhamento mais adequado a cada caso”<sup>24</sup>.

Os profissionais médicos denunciam a falta de procura pela população LGBT ao serviço de saúde. Embora não ofereçam nenhum cuidado específico a essa população, alguns alegam nunca ter tido contato com nenhum segmento. O acesso, além de portões abertos, é fundamental para a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, para que assim as barreiras simbólicas existentes entre o serviço de saúde e o usuário possam ser transformadas em um processo de vinculação mútua pelo estabelecimento de confiança, levando a construção de mais saúde a uma população tão negligenciada ao longo do tempo e que ainda vive em condições de vulnerabilidade.

Com a universalidade do direito à saúde, faz-se necessário que se proponham estratégias de acolhimento e de atenção específicas, de acordo com as singularidades dos sujeitos que buscam assistência. Assim, é preciso que o estado brasileiro defina de forma mais objetiva o reconhecimento das perspectivas da equidade, como reforça Lionço<sup>29</sup>, que considera primordial o delineamento da equidade nos sistemas, já que além da universalidade dos direitos humanos e sociais, garante o reconhecimento e a consideração das diferenças entre os grupos sociais que, muitas vezes, como a população LGBT, encontra-se em situação de desigualdade.

Assim, para que a mudança desejada no cenário do acesso à saúde pela população LGBT ocorra, é fundamental que os profissionais e os gestores da saúde invistam na ideia de que os fatores relacionados à orientação sexual e à identidade de gênero são importantes determinantes dos processos de cura e adoecimento, assim como afirma Buss<sup>30</sup>, que relaciona ainda a outros condicionantes que interferem diretamente no perfil epidemiológico e, conseqüentemente, do perfil

patológico e da mortalidade, como classe social, escolaridade, entre outros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Implementar a Política Nacional de Atenção Integral para a população LGBT continua sendo um desafio, já que torna-se imperiosa a ampliação da percepção do que se compreende por direitos sociais, reprodutivos e o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humanas e, ainda, impreterivelmente, o exercício da sexualidade.

Insta salientar que, embora diversas ações para promoção ao respeito à diversidade já tenham progredido em alternos setores, inclusive no campo da saúde, o presente estudo demonstra que faz-se necessário a mudança de concepções e práticas por parte dos profissionais de saúde para que, além de conhecerem e apropriarem das causas prescritas na política, possam construir um novo cenário na Atenção Básica de Saúde.

Grandiosas foram as vitórias da população LGBT em positivar, no ordenamento jurídico, direitos fundamentais para o exercício da cidadania e, ainda, para garantia de sua saúde, como um atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais como estratégia de promoção de acesso ao sistema, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Porém, ações, não menos complexas, precisam ser adotadas para que esses direitos possam ser incorporados e reconhecidos como tal pelos trabalhadores da saúde, o que requer mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças, não sendo diferente à realidade teresinense abordada nesse estudo.

Obviamente, os achados do presente estudo não podem ser generalizados para o Brasil como um todo, e os resultados do estudo em outras regiões permitirão uma compreensão mais ampla do fenômeno. Entretanto, não se espera resultados discrepantes aos apresentados pelo contexto teresinense, marcado por forte religiosidade tradicional e homofobia.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, dez. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2009001400011.
2. CARRARA, S. Moraes C. Um vírus só não faz doença. *Cad Inst. Med. Social*. 1987; (1):96-123.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
4. CARVALHO, L. S.; PHILIPPI, M. M. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 51-67, mar, 2017.

aos serviços de saúde. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 11, n. 2, p. 83-92, jul./dez. 2013. doi: 10.5102/ucs.v11i2.1837.

5. SOUSA, P. J., Abrão, F. M. S., Costa, A. M. C., & Ferreira, L. O. C. F. (2009) Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. In *Anais do Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde, 2º SENABES*. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem. Recuperado em 15 março, 2010, da ABEN: [http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd\\_anais/pdf/id141r0.pdf](http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id141r0.pdf).

6. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Saúde. Atenção primária de Saúde. Agora mais do que nunca. [S.l.: s.n], 2008.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2011.

8. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2009. Cadernos de Informações de Saúde - Piauí. Planilha referente ao Caderno do município de Teresina. 2009. [acessado 2015 jul 28]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pi.htm>.

9. CAPONI, S. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012.

10. MELO L. et al. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, maio 2012.

11. AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita; JÚNIOR, Ivan França; CALAZANS, Gabriela Junqueira. Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS (II Seminário). AIDS, vulnerabilidade e prevenção. Rio de Janeiro: ABIA, 1997. p. 32, 34.

12. ASSIS, Marluce Maria Araújo and JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.11, pp. 2865-2875. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

13. ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate* [online]. 2013, vol.37, n.98, pp. 516-524. ISSN 0103-1104.

14. UNGLERT, C. V. S., 1995. Territorialização em sistemas de saúde. In: Distrito

Sanitário (E. V. Mendes, org.), pp. 221-235, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.

15. LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 2, p.11-21, apr./jun. 2008. doi: 10.1590/S0104-12902008000200003.

16. ARÁN, M.; ZAIIDHAFT, S.; MURTA, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, nº 1, 2008.

17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids. a. IV, n. 01, Brasília/DF, 2007b.

18. CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *BAGOAS*, n. 05, p. 131-147, 2010.

19. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

20. PARKER, Richard & CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. 2000. “Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (Sup. 1), p. 89-102.

21. REIMERS ARIAS, F. Educación, desigualdad y opciones de política en América Latina en el siglo XXI. *Revista Iberoamericana de educación*, Madrid, n. 23, p. 21-50, Mayo/Ago. 2000.

22. AYRES, J. R. C. M. *Epidemiologia e emancipação*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

23. CEBES. Centro Brasileiro de Estudos em Saúde. Editorial da Revista Saúde em Debate – Edição 98. Rio de Janeiro. V.37, n. 98. Jul/set de 2013.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.

25. ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Revista Paulista de Enfermagem*, 12:82-86.



26. STARFIELD, B: Accesibilidad y primer contacto: El “filtro”. Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. MASSON S.A. Barcelona. 2004.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Brasília. 1ª Edição. 1ª Reimpressão. Ministério da Saúde, 2013.

28. ABDO C. H. N. Descobrimento sexual do Brasil: para curiosos e estudiosos. São Paulo: Summus, 2004.

29. LIONÇO T. Atenção integral à saúde e diversidade no processo transexualizador no SUS: avanços, impasses e desafios. Physis Revista de Saúde Coletiva 2009: 43-63.

30. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

Artigo apresentado em 12/01/2016

Artigo aprovado em 01/07/2017

Artigo publicado no sistema em 20/09/2017