



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
Av. Frei Serafim, 2280, Centro, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64001-020
Telefones: (86) 3215-5856/ (86) 3215-1148
E-mail: mestradosaude@ufpi.br

BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA

**“BABADO, CONFUSÃO E GRITARIA”: VIVÊNCIAS E REFLEXÕES DA
POPULAÇÃO LGBT NO SUS**

TERESINA, 2016

BRENO DE OLIVEIRA FERREIRA

**“BABADO, CONFUSÃO E GRITARIA”: VIVÊNCIAS E REFLEXÕES DA
POPULAÇÃO LGBT NO SUS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

LINHA DE PESQUISA: Política, Planejamento e Gestão em Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

TERESINA, 2016

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

F383b Ferreira, Breno de Oliveira.
"Babado, confusão e gritaria" : vivências e reflexões da população LGBT no SUS / Breno de Oliveira Ferreira. -- Teresina, 2016.
102 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde, 2016.
Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.
Bibliografia

1. Equidade em saúde. 2. Sexualidades. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 614



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE
 Av. Frei Serafim, 2280, Centro, Teresina, Piauí, Brasil, CEP: 64001-905
 Telefone: (86) 3215-8866-mail: mestrado@cienciae.saude.ufpi.edu.br

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Às 8:00 horas do dia 01 de Abril de 2016 teve início a Defesa da Dissertação Intitulada "Bábadô, confusão e gritaria": vivências e reflexões da população LGBT no SUS área de concentração: Política Planejamento e Gestão em Saúde; Linha de pesquisa: Análise da situação de saúde, do mestrando: **Breno de Oliveira Ferreira**, regularmente matriculado no Programa de Mestrado em Ciências e Saúde, da Universidade Federal do Piauí, sob o número 20151000812. A banca examinadora foi composta pelos seguintes membros: **Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa** (Orientador-Presidente), **Prof. Dra. Elaine Ferreira do Nascimento** – FIOCRUZ, (1ª Examinadora), **Prof. Dr. Luiz Ayrton Santos Júnior** – UFPI, (2ª Examinador), **Prof. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira** – UFPI, (Suplente). A defesa da dissertação foi apresentada em sessão pública, na sala do conselho departamental CCS-UFPI, na Avenida Frei Serafim, 2280, Teresina- Piauí. Após a arguição, a banca examinadora conferiu o mestrando a menção: APROVADO (Aprovado ou Reprovado). A banca examinadora elaborou o seguinte parecer:

O mestrando apresentou-se de modo tranquilo e expôs seus conteúdos com segurança e fluidez, em documento de conteúdos e justificou de modo adequado as partes levantadas pela banca.

Na forma regulamentar, esta ata foi lavrada pela Comissão Examinadora, assinada pelos membros titulares e pelo mestrando.

José Ivo dos Santos Pedrosa
 Presidente

Elaine Ferreira do Nascimento
 1ª Examinador (a)

Luiz Ayrton Santos Júnior
 2ª Examinador (a)

Breno de Oliveira Ferreira
 Mestrando

AGRADECIMENTOS

Foram várias pessoas que fizeram parte da construção dessa pesquisa, que começou a ser plantada desde muito cedo. Citarei algumas que de maneira singular me fizeram imbuir de conhecimentos, reflexões e indagações, para que conseguisse materializar esse sonho.

Inicialmente, agradeço aos fortes e valentes sujeitos que participaram da pesquisa. Muito obrigado pelo acolhimento, disponibilidade e exemplo na luta e militância pelos direitos humanos. Com vocês aprendi o verdadeiro valor da perseverança.

À Deus que sempre me protege com seu poder incansável de me fazer sentir regenerado a cada abatimento.

Agradeço imensamente ao Prof. José Ivo, que ao mesmo tempo pela extravagância e pequenez se tornou tão importante em minha vida. Meu sentimento pelo senhor é como uma espécie de “amor-platônico-acadêmico” carregado de admiração. Obrigado por me ensinar a correr e a voar. Suas valiosas dicas e seu exemplo carregarei por uma infinidade de vidas.

Aos meus pais pelo apoio e carinho na realização de um desejo que guardo desde pequeno: ser professor.

Às minhas irmãs e sobrinhos que sempre me incentivaram.

Ao meu passarinho Alek que, pelas tentativas de alçar voo, tem me mostrado como é o sofrimento da gaiola. Seu amor, tão singular, foi generoso com as minhas dificuldades ao longo dessa trajetória.

Aos meus amigos da turma de Mestrado, obrigado pelos felizes momentos que compartilhamos. Agradeço especialmente ao Zeck, Mayane e Érika.

Ao amigo e irmão Danilo, por ter me ajudado a organizar as ideias desse trabalho através de sua própria história de vida.

Aos amigos que antes eram de NESP e hoje são para a vida. Ao Edson, por tanto companheirismo, amor e cuidado. À Zaira e Flávia pelas indispensáveis conversas e parcerias em todos os momentos. Ao Prof. Fábio pela ajuda e suporte fundamental nessa caminhada.

À Elda, Bia e Manu, pelo incansável companheirismo.

À Universidade Federal do Piauí por ter me permitido essa formação profissional, e ao mesmo tempo pessoal.

À Universidade de Brasília, pela parceria e confiança depositados nos pesquisadores piauienses.

Ao professor Luiz Ayrton, e as professoras Elaine Nascimento e Zélia Madeira, que carinhosamente aceitaram o convite para participarem da banca.

À todos aqueles que de alguma forma participaram comigo durante essa conquista, seja com cafés, afetos, mensagens ou atitudes. Muito obrigado!

“Diversidade não é divisão. É pluralismo, é criatividade. Quanto mais diferente, melhor.

*Somos pelo show pirotécnico! Pela
esculhambação organizada!” (MacRae)*

RESUMO

Considerando que a população LGBT enfrenta discriminação por conta da sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, que reflete nos determinantes sociais de saúde, gerando processos de adoecimento e sofrimento próprios de estigmas associados, o acesso ao SUS e a qualidade da atenção integral à essa população tornam-se mais complexos e os colocam em situação de vulnerabilidade por conta das violências e preconceitos vivenciados nos diferentes serviços de saúde. Diante desse cenário, de maneira geral, o estudo busca analisar as percepções de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais acerca da atenção à saúde no SUS em Teresina, Piauí. De maneira específica, o presente trabalho busca elencar as principais barreiras e facilidades no acesso e compreender as dimensões da qualidade da atenção à saúde na perspectiva dos usuários LGBT. Para tanto, realizou-se uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, em que participaram 4 lésbicas, 4 gays, 6 travestis e 5 mulheres transexuais que residem em Teresina, e que de forma direta ou indireta acessam os serviços de saúde. Os sujeitos foram selecionados pela técnica metodológica *Snowball*, e a coleta dos dados se deu através de grupos focais. A Análise de Conteúdo de Bardin foi utilizada para análise, tratamento e interpretação dos fenômenos sociais. No grupo de lésbicas duas categorias foram identificadas: especificidades no atendimento ginecológico; e estratégias de acesso aos serviços de saúde. Com os gays, as categorias foram: o acolhimento do gay afeminado no SUS; e as relações de gênero e as masculinidades na saúde. Para as travestis: violência institucional e especialização do cuidado. Já no grupo de mulheres transexuais emergiram: estigma, preconceito e AIDS; e o uso do nome social nos serviços de saúde. Foram identificadas iniquidades diante as condições do acesso aos serviços de saúde pela população LGBT nas dimensões do acolhimento, da humanização e da qualidade dos serviços prestados. Ao fim, destaca-se a necessidade de mais integração entre os diversos segmentos e serviços de saúde, a fim de que a Política LGBT se torne instrumento efetivo de promoção de cidadania e direitos humanos, do contrário, corre-se o risco do rompimento cada vez maior com essa população.

Palavras-chaves: Equidade em saúde; Sexualidades; Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Considering members of LGBT community face discrimination due to their sexual orientation and/or gender identity-discrimination that reflects on health social determinants and provokes illnesses and suffering usually associated with this group - access to Unified Health System (SUS) and integral health care quality towards this group is more complex, and puts them in a vulnerable position due to the violence and prejudice found in different health services. This study analyzes LGBT perceptions of healthcare as it relates to the SUS in Teresina. The specific aim was to identify the barriers, ease of access to health services, and to comprehend the dimensions of the quality of healthcare as perceived by LGBT people. For the purpose of this study an exploratory and descriptive research with qualitative approach was taken involving 4 lesbians, 4 gay men, 6 transvestites and 5 transsexual women residing in Teresina that direct or indirectly have access to the health service. The subjects were chosen by the Snowball methodology with data collected from the focal groups. Bardin content analysis was used for the treatment of data and interpretation of social phenomena. In the lesbian group, two categories were identified: gynecological care and access strategies to health services. In the gay men group, the categories were user embracement of effeminate gay men in SUS and the relations of gender and masculinities in health. For transvestites: institutional violence and care specialization. In the transsexual women group the categories were stigma, prejudice, SIDA and using their social name at health services. Conditions of access to health services for LGBT people were identified in the dimensions of care, humanization and quality of services. Finally, the study highlights the need for more integration among the various segments and health services so that the LGBT community's political agenda becomes more effective.

Keywords: Equity in Health; Sexuality; Health Services Accessibility.

LISTA DE QUADROS E ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor. Grupo focal 1 (p. 48).

Quadro 2: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor. Grupo focal 2 (p. 56).

Quadro 3: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor. Grupo focal 3 (p.63).

Quadro 4: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor. Grupo focal 4 (p.74).

Ilustração 1: Quadro das Categorias Temáticas - Grupo focal 1 (p.48).

Ilustração 2: Quadro das Categorias Temáticas - Grupo focal 2 (p.57).

Ilustração 3: Quadro das Categorias Temáticas - Grupo focal 3 (p.64).

Ilustração 4: Quadro das Categorias Temáticas - Grupo focal 4 (p.74).

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
APA: Associação Americana de Psiquiatria.
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa.
CFM: Conselho Federal de Medicina.
CFP: Conselho Federal de Psicologia.
CID: Código Internacional de Doenças.
CIT: Comissão Intergestores Tripartite.
CNDSS: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.
CNS: Conselho Nacional de Saúde.
DAGEP: Departamento de Apoio à Gestão Participativa.
DOU: Diário Oficial da União.
DST: Doenças sexualmente transmissíveis.
ESF: Estratégia Saúde da Família.
GDE: Gênero e Diversidade na Escola.
GGB: Grupo Gay da Bahia.
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LGBT: Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.
MS: Ministério da Saúde.
NESP: Núcleo de Saúde Pública.
NESP/UFPI: Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí.
NESP/UNB: Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília.
OMS: Organização Mundial de Saúde.
OPS: Organização Panamericana de Saúde.
PNDH 2: II Plano Nacional de Direitos Humanos.
SGEP: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.
SUS: Sistema Único de Saúde.
UFPI: Universidade Federal do Piauí.
UNA-SUS: Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.
UNB: Universidade de Brasília.
UPA: Unidade de Pronto Atendimento.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: Contextualização do problema e construção do objeto de estudo...	11
I.I. Objeto de estudo.....	16
I.II. Objetivos.....	17
I.II.I. Objetivo Geral.....	17
I.II.II. Objetivos Específicos.....	17
I.III. Justificativa e contribuições do estudo.....	17
CAPÍTULO II: Conversando sobre sexualidade.....	19
CAPÍTULO III: Questões sobre saúde e sexualidade: do silêncio a (r)evolução....	29
CAPÍTULO IV: Proposta metodológica.....	39
IV.I. Tipo de estudo.....	40
IV.II. Cenário do estudo.....	41
IV.III. Participantes do estudo.....	42
IV.IV. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	43
IV.V. Análise dos dados.....	44
IV.VI. Aspectos éticos da pesquisa.....	45
CAPÍTULO V: Análise e discussão dos dados.....	46
V.I. Grupo focal com as lésbicas.....	47
V.II. Grupo focal com os gays.....	55
V.III. Grupo focal com as travestis.....	62
V.IV. Grupo focal com as mulheres transexuais.....	73
CAPÍTULO VI: Considerações finais.....	81
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES.....	95
APÊNDICE A.....	96
APÊNDICE B.....	97
ANEXOS.....	98
ANEXO A.....	99

CAPÍTULO I

Contextualização do problema e construção do objeto de estudo

O presente estudo reúne vivências e reflexões de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) acerca da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Com o intuito de ampliar os conhecimentos científicos aliados às percepções desses sujeitos, foram analisadas diferentes situações de vulnerabilidades da população LGBT ao acessar os serviços de saúde em Teresina, Piauí.

Esta análise esteve relacionada ao desenvolvimento da pesquisa intitulada “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”, coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em parceria com várias Universidades Federais (Piauí, Paraíba, Uberlândia e São Paulo), Universidades Estaduais (Rio de Janeiro e Maringá), e a Fiocruz de Pernambuco. O financiamento da pesquisa foi oriundo do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS). No Piauí, o grupo condutor foi constituído por membros do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (NESP/UFPI).

A intenção da pesquisa foi mapear, identificar e compreender as dimensões do acesso aos serviços de saúde nas suas diversas possibilidades de oferta e demanda, bem como a qualidade da atenção à saúde da população LGBT no Brasil. A partir disso, acredita-se ser possível articular um conjunto de ações e programas que deverão ser praticados em todas as esferas de gestão do SUS no país.

Dentro do cenário da pesquisa multicêntrica, esta dissertação se caracteriza como um delineamento específico do estudo à qual originou-se, em que foram analisados os dados referentes à população LGBT da capital teresinense. Esses sujeitos foram escolhidos e captados por se traduzirem em atos vivos de saúde, já que produzem especificidades de cuidado e que demandam atenção especializada dentro da Saúde Coletiva.

Nas sociedades ocidentais, dentre elas no Brasil, a sexualidade humana tem sido temática central nos mais diversos debates. Em geral, cada um deles foi permeado, em maiores ou menores proporções, pelo senso comum ou por discussões de ordem técnico-científica. Entretanto, trouxeram conotações de sentidos e significados de cultura, subjetividade e corpo em diferentes épocas.

E, tratando-se dos assuntos relacionados às questões sociais que abordam a sexualidade e o comportamento sexual, há um consenso em relação às temáticas de debate acerca da discriminação (LOURO, 2003; FURLANI, 2007). Quando se estende esta discussão para a área da saúde, especialmente no que se refere ao acesso às ações e serviços básicos e especializados, parecem existir diversas outras barreiras (ROMANO, 2008; LIONÇO, 2008; MORAES, 2015).

Acontece que as diferentes formas de preconceito não ocorrem de maneira fragmentada das outras formas de discriminação. Inusitadamente, elas caminham lado a lado e se reforçam por preconceitos como o racismo, machismo e a misoginia (BRASIL, 2013b). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a), todo tipo de violência, seja ela velada ou explícita, deve ser considerada como fator que impulsiona para a produção de adoecimento físico e/ou mental, e por isso se faz tão importante reunir esforços e aglutinar recursos que sejam capazes de superar a lógica excludente que os serviços de saúde têm assumido.

Ayres *et al* (2003) traz uma discussão sobre o conceito de vulnerabilidade frente as práticas em saúde, destacando-o como construto e construtor de uma visão mais reflexiva que tem se formado sobre a Saúde Coletiva e suas diferentes variáveis de suscetibilidade ao adoecimento, desde as fragilidades orgânicas até a adequação dos serviços de saúde, perpassando por sintomas sociais, culturais, comportamentais e políticos.

A vulnerabilidade é um movimento que pode aumentar a chance de exposição do usuário à doença através de cenários individuais, coletivos e contextuais que reverberam em maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento. Portanto, Ayres *et al* (2003) destacam três eixos que se interligam à vulnerabilidade. O componente individual por meio do nível de conhecimento e informações dos sujeitos sobre o processo saúde-doença, bem como seus fatores de riscos e de proteção. O componente social como o poder de transformação e mudanças práticas no cotidiano dos usuários. E o componente coletivo, que se refere ao compromisso e qualidade dos serviços ofertados.

Ancorando-se no conceito de vulnerabilidade, Lionço (2008) sinalizou a necessidade de uma política de saúde específica para esse segmento, fundamentada

na promoção da equidade, a partir da reflexão e reconhecimento da condição de vulnerabilidade em que se encontram os usuários LGBT. Haja vista os seus hábitos corporais ou até mesmo as práticas sexuais que demandam maiores cuidados.

Dessa forma, foi publicada em 2011 a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT como resposta às demandas e especificidades emudecidas da população LGBT, pautando-se no princípio da equidade, a fim de promover cidadania e efetivar uma política pública de garantia de direitos (BRASIL, 2013b).

Ainda em 2011, foi aprovado um Plano Operativo junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este Plano, pactuado na CIT, apresentou estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde LGBT. Sua operacionalização se norteava pela articulação intra e intersetorial, e uma das ações previstas no Eixo 3 (Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT) diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas sobre essa população e sua inserção na campo da saúde.

Apesar de todo o esforço, ainda há muito que se discutir. No que se refere à produção científica sobre esta temática, percebe-se uma infinidade de trabalhos sobre sexualidade e comportamento sexual relacionado apenas à HIV e AIDS. Será que a demanda da população LGBT é somente essa?

A temática do acesso e qualidade da atenção também constitui um ponto que precisa ser melhor explorado nas investigações. Esta tem sido uma tendência de análise em Saúde Coletiva baseada na valorização do direito à saúde associada ao respeito dos seus princípios fundamentais.

Ainda no que se refere ao acesso, esse também é um componente essencial para a efetivação do atendimento ao público LGBT. No entanto, o conceito de acesso muitas vezes é utilizado sem relação com o uso dos serviços de saúde, se tornando por vezes complexo e até mesmo impreciso em seu entendimento. Andersen (1995) conceitua acesso como um elemento basilar na estrutura de qualquer serviço de saúde, que se refere à entrada dos usuários nos serviços, desde a utilização das ofertas até o final do tratamento ou participação das ações oferecidas. Isto é, os cuidados oferecidos precisam gerar resultados positivos em saúde.

Já Donabedian (2003) preferiu não restringir o acesso à entrada, e utilizou a terminologia acessibilidade dentro de um contexto mais ampliado, em que a lógica organizacional está para além da disposição dos recursos em uma dada circunstância. Entretanto, abrange a oferta de possibilidades da população em utilizar os serviços de saúde. Assim, há uma adequação as diferentes especificidades dos usuários para incluí-los no sistema.

Adami (1993) e Unglert (1995) trazem o conceito de acesso em três dimensões: o acesso geográfico, caracterizado pelo deslocamento, tempo, tipo de transporte, e a distância até o serviço de saúde; o acesso econômico que trata dos fatores que obstaculizam ou facilitam a utilização dos serviços, como os custos e gastos para o deslocamento; e o acesso funcional que engloba a entrada propriamente dita nos serviços de saúde, que inclui os tipos de ações ofertadas, os horários previstos para funcionamento e a qualidade do acolhimento.

O acesso funcional é a dimensão que faz menção direta às (im)possibilidades de entrada da população LGBT no SUS, que por conta de não terem uma adequação de gênero com o sexo biologicamente posto ou possuírem uma orientação sexual diferente da heteronormativa, representarem em si a diferença e por conseguinte, tem tido seu direito de acesso à saúde violado (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012). Assim, o acesso funcional, por meio do acolhimento, emana fragilidades na efetivação do atendimento à população LGBT.

Merhy (1997) ao analisar o cuidado em saúde, questiona os modos cotidianos de se produzir saúde, aliando-os a uma problematização do papel do capitalismo nos serviços de saúde e para tanto, propõe o uso de ferramentas que norteiem o fazer (prática) em saúde. Com isso, descreve três tipos de tecnologias: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras se referem às normas, aparato tecnológico e organizacional; as tecnologias leve-duras são os saberes minimamente estruturados, como a clínica e a epidemiologia; e as tecnologias leves se referem ao espaço intersubjetivo entre o profissional e o usuário.

Considerando essas ferramentas, o trabalho em saúde precisa ser enfatizado com base no agir relacional, onde a subjetividade é colocada em destaque por meio de uma tecnologia leve, como por exemplo, o acolhimento. Segundo destaca Merhy (1997,

p.2), “em geral, o usuário não reclama da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema”.

Diante as barreiras discriminatórias ou pela falta de acolhimento nos serviços de saúde, a população LGBT pode buscar um atendimento precário nos serviços clandestinos, o que pode trazer riscos para a saúde em geral e conseqüentemente aumentar suas vulnerabilidades, fatos estes que apontam para a necessidade de aumentar o uso de tecnologias leves no cuidado em saúde LGBT.

Nessa concepção, mesmo sendo escassos os dados que denotam o impacto das diferentes formas de discriminação - como no caso as homofobias que incluem a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia (LGBTfobia) nas condições de saúde -, os saberes da Saúde Coletiva são suficientes para sustentar a necessidade de qualificar a articulação de políticas de saúde mais específicas que promovam práticas sociais e institucionais que não permitam a estigmatização e marginalização das pessoas pela orientação sexual e/ou identidade de gênero.

I.I. Objeto de estudo

Considerando que a população LGBT enfrenta discriminação por conta da sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, que reflete nos determinantes sociais de saúde, e que, por conseguinte pode gerar processos de adoecimento e sofrimento próprios de estigmas associados, o acesso ao SUS e a qualidade da atenção integral a essa população se tornam ao mesmo tempo mais complexos e colocam em situação de vulnerabilidade esses sujeitos por conta das violências e preconceitos vivenciados nos diferentes serviços de saúde.

Partindo da necessidade de implantação de ações voltadas para as demandas da população LGBT, busca-se contribuir para a reflexão acerca das dimensões que podem interferir de maneira explícita ou velada no processo saúde/doença/cuidado desse segmento. E com base na importância dessa discussão, elegeu-se como objeto deste estudo as *vivências de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais enquanto usuários do SUS*.

I.II. Objetivos

I.II.I. Objetivo Geral

- Conhecer as vivências de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais enquanto usuários do Sistema Único em Saúde (SUS) em Teresina, Piauí.

I.II.II. Objetivos Específicos

- Elencar as principais barreiras e facilidades no acesso da população LGBT à rede de saúde em Teresina, Piauí;
- Analisar as dimensões da qualidade da atenção à saúde em Teresina, Piauí, na perspectiva dos usuários LGBT.

I.III. Justificativa e contribuições do estudo

No que se refere às políticas públicas de atenção integral à população LGBT, mesmo com as lutas travadas pelo movimento social, houve uma lacuna nesse campo caracterizada pela invisibilidade e não vocalização de demandas para necessidades singulares e específicas (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012). Foi apenas em 2004 que algumas ações foram iniciadas, como as de educação em saúde. Nesta oportunidade, o Governo Federal lançou o Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, que reuniu a sociedade civil e o governo em prol dos direitos da população LGBT (BRASIL, 2004a). Tratou-se de um verdadeiro marco histórico na luta pelo direito à dignidade e pelo respeito à diferença. Entretanto, foi somente em 2011 que foi implantada a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT como resposta às demandas e especificidades desse público (BRASIL, 2013b).

Nesse cenário de lutas travadas pelo combate às violências LGBT, destaca-se a invisibilidade das questões de gênero nas práticas de saúde, que sua maioria, desconsideram as diferentes vivências da diversidade sexual (ALBUQUERQUE *et al*, 2013). Em geral, tem-se atribuído a modalidade heterossexual como padrão/norma e

isso tem trazido implicações na atenção à saúde da população LGBT (LIONÇO, 2008). Neste sentido, a heteronormatividade age aliada a outras formas de violência estrutural, gerando um ambiente hostil e segregador nos serviços de saúde.

Especialmente nesse âmbito, o fato de instituições como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS) terem disseminado o referencial da determinação social da saúde e doença no sentido de elaborar estratégias globais para seus enfrentamentos, trouxe fortes contribuições para que a exclusão social e a discriminação de qualquer natureza se caracterizassem como determinante de sofrimento, adoecimento e morte (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006). Dessa forma, os efeitos da exclusão e discriminação por questões de gênero são considerados fundamentais para o entendimento da interação entre as políticas governamentais, a pesquisa (saber) e especificamente a prática (fazer).

Portanto, esse estudo se faz tão necessário, pois permitiu a reflexão de sujeitos da população LGBT sobre as principais dimensões da atenção à saúde oferecida no SUS. A pesquisa por meio dos resultados analisados possibilitou uma organização aprofundada e sistemática acerca da realidade do tema, das barreiras e facilidades no acesso dessa população, e evidenciou o conhecimento das demandas e vulnerabilidades às quais vivencia cada segmento da população LGBT na rede de saúde.

Acredita-se que o estudo realizado possa contribuir no embasamento de ações voltadas para a visibilidade da população LGBT no SUS, para a disseminação de informações sobre o combate e enfrentamento às discriminações desses sujeitos, para o fortalecimento do acolhimento nos serviços, e a compreensão por parte dos diferentes atores do SUS sobre os aspectos que podem interferir no processo de saúde dos sujeitos em questão.

CAPÍTULO II

Conversando sobre sexualidade

Para começar a discutir questões relacionadas à sexualidade precisa-se inicialmente contextualizar algumas ditas verdades absolutas ou distorções de seus principais conceitos, que em sua maioria, estão implicados em ideias permeadas pelo senso comum, e que certamente trazem confusão ao imaginário popular. Nesse capítulo, essas problematizações ajudarão a (des)construir alguns desses conceitos e darão amplitude aos seus significados no decorrer do trabalho.

Desde o século passado, a sexualidade foi reprimida de diferentes formas, mas foi especificamente no século XVII que houve uma proliferação de discursos repressores sobre a temática. Nessa época surgiram algumas expressões relacionando sexualidade ao sexo propriamente dito ou aos órgãos genitais e que trouxeram uma conotação pejorativa às discussões sobre sexualidade, pois embora esses temas façam parte dessa ampla construção social, não representam a sua totalidade (LOURO, 2003).

Michel Foucault, filósofo e historiador francês, resgatou a historicidade da sexualidade, das práticas sexuais e seus movimentos de repressão e liberação ao longo das organizações sociais humanas. Ele buscou compreender as relações de saber e poder entre os diferentes eixos da vida humana, e construiu a hipótese de que a sexualidade é considerada como dispositivo histórico, relacionando-a à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros em estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 1993).

Com isso, viu-se na sociedade uma multiplicação de discursos sobre a sexualidade que, ao ser definida, acabou por ocultá-la. Foucault (1993) afirma que ainda no século XVII existiu um projeto de iluminação de todos os aspectos do sexo, denominado *scientia sexualis*, ou uma ciência do sexo. Nesse projeto criou-se um aparelho ideológico que, ao multiplicar os discursos sobre o sexo, visou produzir ou reproduzir verdades sobre ele. Tal projeto aliou-se ao cientificismo, fatalmente comprometido com o evolucionismo e com os racismos oficiais, e fizeram com que a sexualidade se associasse à biologia (evolucionista) da reprodução, dando assim maior validade ao termo.

Nesse sentido, os discursos médicos sob o disfarce da mentalidade científica acabaram por produzir dogmas positivistas sobre o sexo, aliando verdades que estavam paralelas a uma moral da assepsia e da conexão entre o patológico e o pecaminoso e que traziam conceitos diversos, como aberrações, perversões, morbidades, extravagâncias excepcionais, anulações patológicas, entre outras (FURLANI, 2007).

E, neste ponto, a sociedade passou a viver uma fase de repressão sexual, em que o saber e o poder produziram verdades científicas que legitimaram elementos negativos ligados à sexualidade. E com isso vieram atitudes de reprimir o que era tido como “ilegal” e que fatalmente só poderiam ser superadas segundo Foucault por meio de:

(...) uma transgressão das leis, uma suspensão das interdições, uma irrupção da palavra, uma restituição do prazer ao real, e toda uma nova economia dos mecanismos do poder; pois a menor eclosão de verdade é condicionada politicamente (FOUCAULT, 1993, p.11).

Contudo, embora se observe mecanismos coercitivos do prazer, existem ainda estratégias que dão amplitude à discussão sobre sexualidade, fazendo-se necessárias para a disseminação das diferentes ideias sobre o tema. Corroborando com isso, Foucault afirma que:

A mecânica do poder que persegue toda essa variedade não pretende suprimi-la senão atribuindo-lhe uma realidade analítica, visível e permanente: ela enfia-a nos corpos, fá-la deslizar para baixo dos comportamentos, faz dela um princípio de classificação e de inteligibilidade, constitui-a como razão de ser e ordem natural da desordem. Exclusão dessas mil e uma sexualidades aberrantes? Não, mas especificação, solidificação de cada uma. Trata-se, disseminando-as, de as semear no real e de as incorporar no indivíduo (FOUCAULT, 1993, p.51).

Apesar de um vasto conhecimento científico, não existe um consenso para muitas questões, o que exige um estudo mais aprofundado sobre a sexualidade, com o intuito de compreender suas múltiplas representações, tendo em vista que a ausência de um consenso e/ou uma verdade provisória talvez contribua para a resistência de se trabalhar conteúdos relacionados à sexualidade, além do notório preconceito.

Na tentativa de solidificar essas ideias, Foucault (1993) distingue sexo de sexualidade no século XIX. O sexo é como um ponto de ordenamento primordial das práticas de controle entre os sujeitos, e a sexualidade seria esse dispositivo de controle do sexo dos sujeitos, que por meio de cerceamentos, sanções, ditames e rigidez, engendrados a partir dos saberes institucionalizados, tais como a medicina, psiquiatria, psicologia e psicanálise, estabelecem delimitações e estratégias de controle das práticas sexuais.

Para Louro (2003), o sexo se remete a um fato natural, próprio das ciências da natureza, excluído de interpretações sócio-históricas e culturais, e a sexualidade se fortalece enquanto campo que permite uma leitura cultural acerca das regiões erógenas e das capacidades e variações eróticas do corpo humano.

Nesse diapasão, a sexualidade se dá pela amplitude de sua existência, relacionada à gênero, corpo, cultura, educação, trabalho, linguagem, política, e especialmente à história, já que, segundo Furlani, ao remeter a sexualidade ao âmbito da história humana, reitera o entendimento de que “(...) todo conhecimento é temporal, é circunstancial, é contingencial” (FURLANI, 2007, p. 11).

A sexualidade, então, tem sua origem no campo social, com uma construção da história das experiências sexuais, seus mecanismos e estratégias de repressão que intitulavam as normas de “boas condutas”, seus vieses de implicações religiosas à luz do cristianismo, seus preceitos morais à época, isto é, o tempo, a circunstância e suas contingências foram capazes de controlar e manipular informações sobre a sexualidade.

Já a feminista Joan Scott trouxe para o Brasil na década de 90 algumas perspectivas de gênero. Para Scott (1990), em meio a essa proliferação dos estudos sobre sexo e sexualidade, a palavra gênero se tornou particularmente útil, porque oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sociais atribuídos aos homens e às mulheres.

Gênero é uma maneira de indicar as construções sociais, isto é, indicar a criação inteiramente social das ideias sobre os papéis próprios aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres em que o gênero é uma categoria social imposta sobre um

corpo sexuado (SCOTT, 1990). Gênero serve, portanto, para determinar tudo que é social, cultural e histórico. No entanto, destaca-se que nenhum indivíduo existe sem relações sociais, pois estão presentes desde o nascimento até a morte.

Embora para muitos a palavra gênero tenha um significado claro e bem conhecido, Nicholson (2000) defende que ela é usada de duas maneiras diferentes, e até certo ponto contraditórias. De um lado, o gênero foi desenvolvido e é sempre usado em oposição a sexo, descrevendo o que é socialmente construído, em oposição ao que é biologicamente dado. Nesse sentido, gênero é tipicamente pensado como referência à personalidade e comportamento, não ao corpo; gênero e sexo são, portanto, compreendidos como distintos.

Por outro lado, gênero tem sido cada vez mais usado como referência a qualquer construção social que esteja relacionado à distinção masculino/feminino, incluindo as construções que separam corpos femininos de corpos masculinos. Essa assimilação surgiu quando já era perceptível que a sociedade forma não só a personalidade e o comportamento, mas também as maneiras como o corpo aparece. E se o próprio corpo é sempre visto através de uma interação social, então o sexo não pode ser independente do gênero, e assim, sexo deve ser algo que possa ser subsumido pelo conceito de gênero (NICHOLSON, 2000).

Dessa forma, a terminologia sexo acaba por versar características biológicas, específicas do sistema reprodutor das mulheres e dos homens, que garantem um funcionamento reprodutivo peculiar a cada um. Já a terminologia gênero refere-se à construção das relações históricas entre homem e mulher, bem como à luta pela desigualdade de poder. Por outro lado, o sexo está intrinsecamente ligado ao gênero.

Butler (2003) destaca que a identidade está relacionada intimamente com gênero, e para sua compreensão é preciso elucidar a sua instabilidade, através de um *locus* de ação formado a partir do tempo. Não há então uma concepção de gênero sólida, mas sim, por meio de uma temporalidade social construída no decorrer da repetição dos atos na história.

E com isso, embora a sociedade moderna transforme em valor a subjetividade e a individualidade do homem e da mulher, ambas estão molduradas por expectativas sobre o feminino e o masculino, socialmente estabelecidos. Dessa maneira, para Neves

(2006), os agentes sociais que atuam na definição biológica do indivíduo precisam estabelecer uma negociação que possa considerar a identidade atribuída pela socialização no convívio e nas relações interpessoais junto ao diagnóstico médico ao nascer, sob o enfoque global de uma perspectiva de formação da identidade, definida em termos da subjetividade e noção de liberdade de cada um.

É nessa construção da identidade social onde se articulam os papéis sociais e de gênero como posições predefinidas através do modelo cultural que é estabelecido, com o intuito de representar um lugar para o sujeito em sua singularidade. É o sistema social de gêneros que é responsável por definir o espaço em que se atribuirá o valor social de um indivíduo enquanto ser que desempenha uma função maior ou menor segundo a hierarquia desse sistema (ALÓS, 2011).

Dentro dessa hierarquia, a inscrição de gênero é uma das primeiras variáveis da identidade na qual os sujeitos são formados, como por exemplo, a associação de cores do azul para o masculino e rosa ao feminino, faz com que as crianças cresçam em um complexo jogo de papéis sociais, no qual muitas atividades, condutas e comportamentos são considerados exclusivamente masculinos ou femininos (BRASIL, 2013a).

Simone de Beauvoir, em sua obra “O Segundo Sexo” questiona a iminência de um corpo sexuado e as suas relações sociais, culturais e históricas, e traz uma afirmação célebre, a partir de uma lógica argumentativa acerca do lugar da mulher na sociedade, pois “não se nasce mulher, se torna mulher” (BEAUVOIR, 1980, p.6).

Percebe-se assim, que existe um condicionamento social, onde através da educação e dos aparelhos ideológicos, os seres humanos que nascem com pênis ou vagina (base biológica) tornam-se homens ou mulheres, já que a dimensão do masculino ou feminino é resultado de convenções sociais.

Simone de Beauvoir ganhou o mundo, fez com que as feministas e militantes ganhassem força na luta pela igualdade de direitos e levantassem barricadas pelo fim do patriarcado. Com base em suas teorias, muitas reflexões e polêmicas tomaram conta da discussão, não somente na área do feminismo, mas também no campo da sexualidade em geral. Hoje, essa estrutura teórica sofreu grandes transformações.

Não obstante, as mudanças frente à padronização do ser humano, seguida de uma “identidade modelo” e sexista, em que o poder está nas mãos daquele que é homem, branco, viril, heterossexual e ocidental, tem dificultado a percepção dos sujeitos enquanto portadores de diferentes papéis sociais, dinâmicos e políticos, que por si, vivem suas diversidades. Louro ressalta que é necessário “(...) compreender os sujeitos como tendo identidades plurais, múltiplas; identidades que se transformam, que não são fixas ou permanentes, que podem, até mesmo, ser contraditórias” (LOURO, 2003, p.24).

É perceptível o quão rápido têm se tornado essas mudanças e transformações sociais, mesmo estas sendo inerentes ao processo histórico-cultural. Verdades das mais variadas possíveis têm se tornado algo comum, como os novos saberes, novos ideais, diferentes estilos comportamentais, rearranjos familiares, tudo isso tem trazido à tona uma proliferação dessa nova diversidade cultural.

E esse conjunto de preceitos passou a intervir em áreas que haviam sido, por muito tempo, consideradas invariáveis, trans-históricas e universais. E com isso surgem possibilidades de novas tecnologias reprodutivas, a transgressão de categorias e de fronteiras sexuais e de gênero, além de instigantes articulações corpo-máquina. Como consequência, as inabaláveis certezas e verdades caem por terra, e formas de gerar, de nascer, de crescer, de amar ou de morrer são subvertidas. E essas consequências configuram novas formas de existência para todos, mesmo para aqueles que, em um primeiro contato, não as experimentam de modo direto (LOURO, 2003).

Ainda é importante compreender a diversidade sexual a partir de outros conceitos fundamentais, como o de orientação sexual, que é definida como uma referência à capacidade de cada pessoa ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou ambos, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (BRASIL, 2013a).

Vale destacar que o termo orientação sexual se faz mais apropriado do que opção sexual, isso porque esse último faz menção à escolha/opção, o que muitas vezes não condiz com a realidade sexual do indivíduo manifestada desde a infância, etapa em que a criança não possui uma capacidade avaliativa de escolha sexual. A orientação

sexual é resultado de um processo complexo de constituição do indivíduo, contrapondo a ideia de opção deliberada e autônoma (NEVES, 2006).

As orientações sexuais podem abranger três dimensões: heterossexualidade, homossexualidade e bissexualidade. O heterossexual possui um direcionamento afetivo-sexual de maneira única ou principal para pessoas do gênero oposto. O homossexual possui esse interesse por pessoas do mesmo gênero, e o bissexual, direciona seu desejo afetivo-sexual para ambos os gêneros (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

Diferentemente da orientação sexual, a identidade de gênero é a forma como o sujeito se sente e se apresenta para si e para os outros na condição de homem ou mulher, ou até de ambos, sem que se tenha um condicionamento ao sexo biológico. A identidade de gênero se refere às experiências individuais, ela é construída socialmente a partir das relações de poder estabelecidas pela sociedade. Cada um tem uma forma de se apresentar e assim ser visto, e por isso há uma multiplicidade de identidades, que se transformam constantemente, podendo ou não ser permanentes (NEVES, 2006; BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

A construção transcultural dos conceitos de sexualidade está aliada às práticas que ela representou frente aos padrões normativos estabelecidos em cada contexto histórico. Tendo em vista que na maioria das sociedades, especialmente a cultura ocidental, o comportamento heterossexual é a orientação sexual mais frequente, outras formas de expressão da sexualidade ficaram menos alusivas, como os gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (ALÓS, 2011).

A terminologia gay é adotada para se referir aos homens que têm desejos, práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com homens. Lésbica é um termo utilizado para designar as mulheres que têm desejos, práticas sexuais e relacionamentos exclusivamente com outras mulheres. O termo bissexual se refere às pessoas cujo desejo afetivo-sexual se direciona para pessoas de ambos os sexos (BRASIL, 2013a).

Já o termo travesti se utiliza para designar pessoas que sustentam em sua identidade de gênero a referência tanto à masculinidade quanto à feminilidade, tendo como característica marcante a reivindicação da androginia (mistura das características

femininas e masculinas), e não apenas o reconhecimento social no gênero feminino, distinto daquele atribuído no nascimento. E por fim, transexuais são pessoas cuja identidade de gênero é oposta ao sexo biológico, onde se é psicologicamente de um sexo e anatomicamente de outro. Para as mulheres transexuais, elas se consideram como sendo do sexo feminino embora tenham nascido com órgãos genitais masculinos; no caso de homens transexuais, eles se consideram do sexo masculino, ainda que apresentem anatomicamente órgãos genitais femininos (BRASIL, 2013a).

Diante dessa amplitude de expressões sexuais e afetivas, Lionço (2008) destaca que àquelas que fogem à norma têm sido contextualizadas como antinaturais, desviantes e perversas, como sujeitos que pretendiam se libertar da pressão social imposta pelo jogo dialético entre a maioria e a minoria. E esses sujeitos foram condicionados inicialmente ao campo das homossexualidades.

Apoiando-se em uma visão psicanalítica, Jurandir Freire Costa (1992) faz um resgate histórico acerca das concepções de homossexualidades. Para o autor, o termo homossexualidade está implicado no constructo histórico-ideológico-político-econômico-libidinal burguês do século XIX, o qual caracteriza a humanidade como dividida em heterossexuais e homossexuais, correlativo à normal e patológico, que aprisiona as vivências da experiência sexual desses sujeitos em desvio de personalidade. Remete à construção histórica da figura imaginária do homossexual como infra-humano, com perfil psicológico único, que teve historicamente a função de ser a antinorma do ideal de masculinidade burguês.

O contexto explanado por Costa (1992) traz à tona a discussão acerca da concepção binária de gênero, a qual diz respeito à rígida divisão dos indivíduos em posições contrárias e essencialistas: macho/fêmea, homem/mulher, masculino/feminino, e por sua vez, se relaciona ao conceito de heteronormatividade, que nega e oprime toda a multidiversidade de formas de vivenciar/expressar as diferentes sexualidades.

Destaca-se ainda que a construção transcultural dos conceitos de sexualidade está aliada às práticas que ela representou frente aos padrões normativos estabelecidos em cada contexto histórico. No século passado autores como Krafft-Ebbing, Havelock Ellis, Hirschfelde abordavam a homossexualidade no meio social como uma patologia a ser diagnosticada e, sobretudo, tratada com vistas a curar o

“doente” (GREEN, 2000). E, embora ainda considerada no senso comum como um “desvio”, a homossexualidade não é mais diagnosticada como uma patologia desde 1973 pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), já o Conselho Federal de Medicina (CFM) retirou em 1985 e desde 1990 foi excluído pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

O ranço atrelado a essa concepção médica é visível no uso do sufixo “ismo” da palavra homossexualismo, adotada à época e comumente utilizada nos dias atuais. A expressão estava presente no Código Internacional de Doenças (CID), aplicada a um transtorno sexual. Tal fato atrelado ao imaginário popular trouxe uma dimensão moralista e segregadora às diferentes homossexualidades, travestilidades, ou outras formas de identidades. E se ainda houvesse essa concepção de doença dogmatizada pela ciência? Como a sociedade deveria se comportar? Diante esses questionamentos, o debate sobre esse passado recente de patologização da homossexualidade ainda exerce grande influência na área da saúde mental e pode representar diferentes formas de adoecimento psicológico.

Portanto, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) também se posicionou e estabeleceu em 22 de março de 1999 a Resolução CFP nº 001/99, afirmando que a homossexualidade não constituía doença, distúrbio ou perversão. Considerou também que a profissão pode e deve contribuir com seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações, além de estabelecer diretrizes para nortear a prática dos psicólogos bem como a não colaboração com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades (CFP, 1999).

Essa discussão reitera uma importante característica que muitas vezes está alheia à prática dos sujeitos enquanto históricos, que é o respeito aos direitos humanos. Contudo, as diferentes situações do cotidiano, as palavras verbalizadas, os casos apresentados na mídia, são alguns dos exemplos de lugares e tempos que insistem em invisibilizar as disparidades, negar a igualdade de direitos e impor o normal e o regular. Entretanto, as diferenças cercam todos os sujeitos e a todo o tempo, pois são através delas que os marcadores de identidade e os coletivos se constituem no mundo.

CAPÍTULO III

Questões sobre saúde e sexualidade: do silêncio a (r)evolução

O presente capítulo busca refletir sobre as ações específicas de saúde organizadas nos planos, programas e conferências produzidos e realizados pelo governo diante do processo de construção de políticas públicas para a população LGBT, lançando a seguinte questão: Quais os avanços e entraves nas políticas públicas do Brasil acerca da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no SUS? A partir disso, o capítulo aborda a (in)visibilidade da população LGBT no SUS.

A reforma sanitária enquanto movimento político surgiu no Brasil em meados de 1960 com o intuito de democratizar a saúde, na tentativa de aumentar a consciência da população sobre a saúde enquanto direito. Questionava-se sobre a influência dos determinantes sociais no campo da saúde, e a necessidade de políticas e projetos sociais que democratizassem o Estado com seus aparelhos, e assegurassem a descentralização de poder respeitando a participação social e o seu valor ético na promoção de mudanças na sociedade (PAIM, 2008).

Diante um discurso governamental de caráter sanitarista e social, em 1967 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que abraçou um alto número de contribuintes e beneficiários e o governo militar teve que alocar seus recursos financeiros e econômicos para atender a essa necessidade do sistema, optando assim por direcionar para convênios com a iniciativa privada. Com esses avanços, houve também a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. No entanto, já em meados de 1980, com o surgimento das primeiras pensões e aposentadorias, o sistema começou a apresentar problemas de ordem financeira, e com isso, a população já percebia os ruídos desse modelo que caminhava em desordem (PAIM, 2008).

Dessa forma, ao longo dos anos a inclusão social vem desafiando as conquistas já alcançadas em relação aos direitos humanos. No Brasil, seu grande marco ocorreu em 1988 com a formulação da Constituição da República Federativa, que no quesito saúde, em seu artigo 196, define como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e assegure o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Este notável progresso foi fruto de

movimentos sociais e das organizações da sociedade civil a favor de um direito comum: a saúde universal, integral e equânime.

No cenário político-social, antes da instauração da Constituição Federal, existiu uma enorme discussão sobre a construção das políticas de saúde no Brasil, e tal fato se promulgou com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, aberta em 17 de março de 1986 por José Sarney, o primeiro presidente civil após a ditadura. Tratou-se, especialmente, de uma conferência realizada de maneira aberta à sociedade civil e com importante valor na propagação do movimento da Reforma Sanitária (BERTOLI FILHO, 2004).

No entanto, foi apenas em setembro de 1990, sob o governo de Fernando Collor que a Lei nº 8.080 foi sancionada e trouxe uma redefinição de saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício e, para tanto, criou o SUS. Em seu artigo 7º, essa criação implementa “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS e desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal” (BRASIL, 1990, p.15).

A importância dessa movimentação política e legal repercutiu e repercute até hoje nos trabalhos referentes à Saúde Coletiva no Brasil, já que a politização da saúde instiga uma elevação no nível de consciência sanitária dos coletivos, promovendo visibilidade necessária para a inclusão social de demandas na agenda governamental e garantindo, com isso, o apoio político à implementação de mudanças necessárias no campo da saúde.

Tais mudanças foram tensionadas por meio de expectativas positivas dos cidadãos em relação à política de saúde, que deram lugar, em certa medida, à insatisfação, descrédito e desconfiança da saúde em geral, já que desde a implantação do SUS no Brasil, mesmo com progressos, ainda se percebe inúmeros problemas estruturais. E assim, o desafio posto na atual conjuntura tem por objetivo superar as profundas desigualdades sociais existentes e garantir saúde de qualidade para todos.

A fim de reforçar a luta pela democracia, diferentes atores sociais têm dialogado com o Estado sobre o cuidado em saúde diferenciado para os indivíduos mais

vulneráveis socialmente, como a população em situação de rua, os afrodescendentes, os índios, as pessoas com deficiência, e em destaque, a população LGBT.

Diante do panorama histórico que o grupo LGBT vem desafiando, Facchini (2005) destaca que os gays foram os primeiros a instaurar uma luta de resistências no Brasil, que, por conseguinte, seguiu uma periodização em momentos. A “primeira onda” foi marcada pelo surgimento do Grupo Somos (Grupo de Afirmação Homossexual) em São Paulo, que de acordo com os registros bibliográficos, ainda em 1978, foi pioneiro na militância pela politização da homossexualidade. Ainda em abril do referido ano, houve o lançamento da edição zero do jornal O Lampião da Esquina, que reuniu jornalistas, artistas, ativistas e alianças com outras minorias.

A “segunda onda” esteve relacionada aos grupos Triângulo Rosa e Atobá do Rio de Janeiro, e o Grupo Gay da Bahia (GGB) em Salvador. Já ao final da década de 80, houve uma significativa redução nos grupos de lutas travadas pelos direitos da população LGBT, com uma forte crise associada à epidemia da AIDS, então chamada de “peste gay”, o que acabou por provocar uma desmobilização da militância, bem como um impacto negativo quanto à visibilidade dos grupos (FACCHINI, 2005).

Mello, Avelar e Maroja (2012) destacam que em meio às tentativas de combate à epidemia da AIDS, as primeiras, no âmbito da saúde, foram tomadas por meio de ações e programas do Governo Federal com estrita associação da doença com as práticas homossexuais, rótulo que abrangia grupos identitários diversos, como lésbicas, gays, travestis e transexuais.

Não obstante, com aumento dos números de infectados e sem resposta célere para o *boom* desse problema de saúde, o Governo passou a implantar políticas públicas de enfrentamento à AIDS, baseando-se em experiências estrangeiras/internacionais. Dessa forma, em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS, vinculado ao Ministério da Saúde. E foi a partir dele que começaram as discussões sobre questões éticas relacionadas à AIDS, prevenções, terapias convencionais e alternativas, vacinas e medicamentos, aconselhamento, sexualidade e soropositividade, dentre outras relacionadas à temática (FACCHINI, 2005).

Foi apenas nos anos 90 que houve um reflorescimento do movimento militante caracterizado por iniciativas de organização e mobilização social, que além da luta pela

garantia dos direitos humanos, passaram a se organizar junto com os órgãos federais, estaduais e municipais para desenvolver ações voltadas para o combate e prevenção às DST e AIDS (BRASIL, 2013b).

Por meio dessa discussão acentuada acerca da epidemia, a saúde passou a ser um espaço de destaque e privilegiado para o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, e que paulatinamente, enfrentou resistências e entraves para deslocar a centralidade e restrição da AIDS para a saúde integral dos LGBT.

Como exemplo de superação dessa associação, em 2002 foi aprovado II Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH 2) sob o governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, que permitiu a organização de demandas de toda a sociedade brasileira com relação aos direitos humanos e identificou alternativas para a solução desses problemas. E no que tange à saúde, apresentou na proposta 248 a possibilidade de “(...) promover campanhas junto aos profissionais da saúde e do direito para o esclarecimento de conceitos científicos e éticos relacionados à comunidade LGBT.” (BRASIL, 2002, p. 19). Isto é, nenhuma proposta de saúde foi estruturada à luz da associação da epidemia ao público LGBT.

Seguindo essa perspectiva, no ano marco de 2014, o Governo Federal lançou o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra a população LGBT e de Promoção da Cidadania de Homossexuais, intitulado “Brasil Sem Homofobia”, que inaugura de fato a discussão entre a sociedade civil e o Estado pela garantia dos direitos humanos à população LGBT.

O programa foi constituído de ações distribuídas em diferentes áreas, a saber: articulação da política de promoção dos direitos dos homossexuais; legislação e justiça; cooperação internacional; direito à segurança; direito à educação; **direito à saúde** [grifo do autor]; direito ao trabalho; direito à cultura; política para a juventude; política para as mulheres; política contra o racismo e a homofobia (BRASIL, 2004a).

Tais ações eram voltadas para o apoio a projetos de fortalecimento de instituições públicas e não-governamentais que atuassem na promoção da cidadania homossexual e/ou no combate à homofobia, as quais aconteceram por meio de capacitações de profissionais e representantes do movimento homossexual que atuassem na defesa de direitos humanos; através da disseminação de informações

sobre direitos legais da comunidade LGBT; atividades de promoção da autoestima homossexual; e o incentivo à denúncia de violações dos direitos humanos do segmento. De maneira geral, visou-se com este, à promoção do respeito à diversidade sexual e ao combate as diferentes formas de violação dos direitos humanos com destaque para a população LGBT (BRASIL, 2004a).

Vale ressaltar que dentre as ações relacionadas ao direito à saúde, instituiu-se também a formalização de um Comitê Técnico - “Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais”, que posteriormente foi formalizada por meio da Portaria nº 2.227 (2004), coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), e composto por representantes dos coletivos LGBT e áreas técnicas do Ministério da Saúde. Teve como objetivo a estruturação de uma Política Nacional de Saúde, de maneira específica para esse segmento, que diante sua orientação sexual e identidade de gênero, se encontram em situação de maior vulnerabilidade no campo de saúde (BRASIL, 2004a).

Ainda em 2004, o Governo Federal lançou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”, em parceria com diversos setores da sociedade civil, a fim de que as mulheres brasileiras avançassem em suas conquistas e perspectiva da saúde como direito de cidadania. Sob um enfoque de gênero, a política propôs melhorias na atenção obstétrica, enfrentamento à violência sexual e doméstica, ações de prevenção e promoção da saúde feminina, e, além disso, trouxe ações para os grupos em situação de maior vulnerabilidade, como as mulheres negras, indígenas, e em especial, as mulheres lésbicas (BRASIL, 2004b).

Já a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada em 13 de março de 2006, por meio de Decreto Presidencial e integrada a diferentes especialistas na vida cultural, econômica, política e científica do Brasil, conforme recomendações de um processo maior desencadeado pela OMS, que havia estabelecido uma Comissão Global ainda em março de 2005, um ano antes da formulação da CNDSS (OLIVEIRA; SANTO, 2013).

A criação desse grupo foi expressa como uma das maneiras de ampliar a Reforma Sanitária, expressando o reconhecimento da saúde enquanto bem público, reforçada no artigo 196 da Constituição Federal, onde se reconhece que a saúde é

direito de todo e qualquer cidadão brasileiro (BRASIL, 1998). Identificando também de diferentes formas a situação de saúde da população e implantando políticas públicas e/ou iniciativas que ajudassem a minimizar as desigualdade e iniquidades. Segundo Oliveira e Santo (2013), para alcançar a saúde, se faz necessário atuar sobre os determinantes pessoais e coletivos, isto é, os determinantes sociais de saúde.

No tocante aos determinantes sociais de saúde priorizados pela CNDSS, foram destacados três linhas de pesquisa: 1) desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e **de gênero** [grifo do autor] da morbimortalidade e dos fatores de risco; 2) desigualdade no acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções sociais; e 3) aspectos metodológicos dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2006).

Foi nesse mesmo ano, 2006, que os coletivos LGBT tiveram um assento no Conselho Nacional de Saúde (CNS) como representação desse segmento, e consolidando com isso o lugar da agenda social no engendramento de decisões políticas e sociais. Os objetivos eram estabelecer mudanças a partir da (des)construção de paradigmas e alavancar com a elaboração de políticas públicas capazes de representar a população brasileira como um todo, além de estabelecer uma postura crítica e reflexiva sobre o lugar que deve ser reservado à população e, em especial, aos usuários LGBT no sistema público de saúde (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Desde então, percebe-se que as iniciativas de fortalecimento do diálogo entre os diferentes atores têm dado ênfase a população LGBT como sujeitos de direitos, inclusive na saúde, possibilitando interlocução, empoderamento e cidadania em sua esfera. Prova disso é a Portaria GM nº 675, de 30 de março de 2006, que aprova a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, a qual se baseia em seis princípios de cidadania, que os usuários precisam conhecer e por sua vez contribuir para a melhoria da qualidade nos serviços de saúde oferecidos à comunidade. Destaca-se o terceiro princípio, o qual afirma que “(...) todo cidadão tem direito a um tratamento humanizado e sem discriminação” (BRASIL, 2006, p.8).

Dessa forma, os usuários devem receber um atendimento livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero, no entanto, ainda existe uma expressiva resistência na efetivação

da Carta dentro dos serviços de saúde, o que limita as possibilidades de adoção de ações inclusivas da comunidade LGBT.

Assumindo o compromisso na promoção da inclusão social desse seguimento, destaca-se também a 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, cujo relatório final traz discussões e deliberações que tratam especificamente da população LGBT. Elenca-se o acesso equânime, respeitoso e de qualidade no SUS; a sensibilização dos profissionais de saúde a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde dos próprios; direito à intimidade e à individualidade; protocolo de atenção contra a violência; a recomendação explícita de revogação da portaria da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que proibia LGBT de doarem sangue; e inclusive o apoio e contribuição para a aprovação do PL 122/06, que criminaliza a LGBTfobia, como consequência direta na saúde das vítimas (BRASIL, 2008a).

Já em 2008, o Ministério da Saúde lançou o “Programa Mais Saúde: Direito de Todos”, incluso na política de desenvolvimento do governo à época, presidente Luiz Inácio Lula da Silva, voltada para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social, e que foi visto como um grande salto para que os brasileiros pudessem melhorar significativamente suas condições de saúde e sua qualidade de vida.

Esse programa delimitava algumas diretrizes e estratégicas que norteariam os eixos de intervenções, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos em saúde. Com destaque para o Eixo I – Promoção da Saúde, que apresentava a medida de promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, entre outros), tendo como meta formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes e o direito à saúde e implantar e apoiar 27 equipes estaduais em todos os municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento às iniquidades (BRASIL, 2008b).

A partir desses processos políticos e arranjos organizacionais que foram sendo introduzidos no SUS e discutidos no Programa Mais Saúde e na 13ª Conferência

Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde em parceria com os representantes da comunidade LGBT, formularam o documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que foi finalizado e encaminhado para consulta pública entre 26 de junho a 30 de julho de 2008, e que posteriormente foi publicizado no Diário Oficial da União (DOU) através da Portaria nº GM 1279. No entanto, a política em si só foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009, com publicação por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, a qual foi assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. De maneira geral, o documento esclarece seu objetivo:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime (BRASIL, 2013b, p. 21).

A fim de analisar o objetivo geral da política, é preciso conceituar a saúde, não apenas como algo permanentemente consciente, mas que se desenvolve de forma preocupante como a própria doença, sem necessariamente serem opostas. Aqui, a saúde é vista como um aspecto de dinamismo e vitalidade da existência de cada um, saindo assim da concepção de mera ausência de doença, e compreendendo sua produção social, cultural e econômica (OLIVEIRA; SANTO, 2013).

A partir desse eixo panorâmico de saúde enquanto processo de qualidade de vida, os determinantes sociais em saúde se tornaram fortes aliados nas dimensões saúde/doença/cuidado da população LGBT. Para Buss e Pellegrini Filho (2006), esses determinantes são fatores e influências psicossociais, culturais, econômicas e/ou qualquer força que ofereça risco potencial a saúde dos indivíduos e seus coletivos.

Para a população LGBT, quando não há o reconhecimento desses determinantes de saúde, as relações entre os usuários e a rede de serviços de saúde podem apresentar prejuízos, admitindo-se com isso que as fragilidades decorrentes do acesso à educação, moradia, ou segurança podem interferir na vida desses sujeitos, como também as diferentes formas de violências contra os LGBT podem influenciar em sua qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

Esses determinantes foram esboçados no Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas: Promoção da Equidade e da Integralidade, como produto de uma pesquisa da Rede Feminista de Saúde que estudou a saúde das mulheres lésbicas e suas especificidades. Entre as mulheres que acessaram os serviços de saúde, cerca da metade (40 a 60%) não revelou sua orientação sexual, sendo que após a revelação, 28% referiram que os médicos começaram a atender mais rápido. Concluiu-se ao fim que um contingente de mulheres está excluído da assistência à saúde e os serviços foram vistos como inadequados e ineficientes em sua abordagem, já que muitas referem ter sido discriminadas e desmotivadas a cuidarem de sua saúde, ou que suas demandas não foram compreendidas, por preconceito ou despreparo dos profissionais de saúde (FACCHINI; BARBOSA, 2006).

Posto as diversas lacunas entre o SUS e a população LGBT, e suas evidências de que a orientação sexual e identidade de gênero são determinantes sociais de saúde, a Política LGBT tem como proposta o reconhecimento dos antecedentes sócio-históricos e culturais de iniquidades e exclusão social dos LGBT da agenda de saúde. E, se propõe a ampliar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos seus principais atores, a fim de dirimir os preconceitos e juízos de valor negativos em relação ao segmento, e reconhecer que assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, os LGBT têm necessidades de saúde singulares e diversificadas e devem receber cuidados humanizados e pautados na integralidade em todos os níveis da atenção.

CAPÍTULO IV

Proposta metodológica

No referido capítulo é explanado o percurso metodológico selecionado no decorrer dessa investigação científica, partindo desde a escolha da coleta dos dados até as análises qualitativas. Para tanto, foram abordados os seguintes componentes: o tipo de estudo; o cenário; os participantes; os procedimentos e instrumentos para coleta de dados; o plano de análise e tratamento; e por fim, os aspectos éticos da pesquisa.

IV.I. Tipo de estudo

Para analisar as percepções dos usuários LGBT sobre a atenção à saúde no SUS em Teresina, Piauí, optou-se pela realização de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, que permitiu conhecer os significados, sentimentos, opiniões, atitudes, dentre outras características inerentes a subjetividade humana.

A pesquisa qualitativa é um modelo não positivista que se opõe ao uso de números e quantificações de dados, no entanto, se utiliza de métodos explicativos que exprimem os fenômenos sociais na forma como eles se elucidam em sua naturalidade e riqueza simbólica. O pesquisador é ao mesmo tempo sujeito e objeto na pesquisa, e portanto, seu conhecimento é por vezes limitado. Sobretudo, o objetivo desse tipo de pesquisa é produzir informações mais aprofundadas e mais ilustrativas, sem necessariamente se preocupar com o tamanho da amostra (DESLAURIERS, 1991).

Diante disso, esta pesquisa é caracterizada como qualitativa porque permitiu a formação do vínculo indissociável entre o mundo objetivo e as vivências estudadas, que segundo Minayo (2012) precisam ser bem compreendidas, já que as singularidades são expressas na subjetividade como manifestação da própria vida, e ocorrem a partir da experiência no contexto da história coletiva imersa em diferentes cenários da cultura. Com isso, a trajetória analítica e sistemática, teve por objetivo elucidar e compreender as diferentes formas de conhecimentos expressos em opiniões, representações, valores, e outras que se aliam as relações humanas.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, já que se buscou observar, registrar, analisar, classificar e interpretar, sem interferir nos dados coletados, exigindo assim uma série de informações por parte do pesquisador sobre o objeto pesquisado. E,

exploratória, pela tentativa de conhecer as vivências dos participantes tais como se apresentam, com os seus significados e contexto no qual se inserem, proporcionando maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2009).

Vale destacar que essa dissertação está relacionada a uma pesquisa maior que foi proposta pelo Ministério da Saúde em conjunto com o movimento LGBT, e que tem sido executada em conjunto com diversas Universidades que são coordenadas pelo NESP da Universidade de Brasília. Dentre essas instituições de ensino está o NESP da UFPI, o qual o pesquisador faz parte.

IV.II. Cenário do Estudo

O estudo realizado se desenvolveu na cidade de Teresina, capital do estado do Piauí. Em termos relativos, o estado da Paraíba e Piauí e suas respectivas capitais, são os locais que oferecem maior risco de pessoas do grupo LGBT serem violentamente mortos: enquanto no Brasil como um todo, os LGBT assassinados representam 1,6 de cada um milhão de habitantes, na Paraíba esse risco sobe para 4,5 e 4,1 para o Piauí, segundo dados apontados pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) e divulgados em 2015 no Relatório Anual de Assassinatos de LGBT no Brasil em 2014 (GGB, 2015). Ainda no mesmo Relatório divulgado em 2012 referente à 2011, o Piauí foi o primeiro colocado nas estatísticas, sendo o estado que possuía a maior taxa de violações contra LGBT denunciadas, com 9,23 denúncias ao poder público federal para cada 100 mil habitantes, sendo a maioria em Teresina (GGB, 2012).

Esse campo permeado de fragilidades, discriminações e diferentes formas de violações é refletido diretamente nos serviços de saúde, nas produções de saúde, bem como nas estratégias utilizadas pela população LGBT de acesso ao SUS. A referência desse contexto se fez importante na investigação e na compreensão das vivências e reflexões desses sujeitos no âmbito da Saúde Coletiva.

IV.III. Participantes do estudo

Participaram dessa pesquisa sujeitos que integram o segmento LGBT: lésbicas, gays, travestis e mulheres transexuais residentes em Teresina, e que de forma direta ou indireta acessam os serviços de saúde.

A seleção dos participantes ocorreu considerando a disponibilidade e o interesse dos mesmos em participarem da pesquisa. Sobre esse fato, destaca-se que foi realizado o convite para a população LGBT, bem como contatos com membros de ONG's, associações, grupos de ativistas, militantes ou representantes na luta pelos direitos humanos. A participação foi dada de maneira espontânea, de acordo com a colaboração e interesse dos sujeitos.

Para conferir a participação destes, utilizou-se a técnica metodológica intitulada *Snowball*, amplamente divulgada como *Snowball Sampling*, traduzida como “Bola de Neve”. Essa é uma técnica muito aplicada em pesquisas sociais, onde parte-se de sujeitos iniciais, que por sua vez indicam novos participantes, que continuam a indicar outros sujeitos, e assim se prolonga até que os objetivos se alcancem. Utiliza-se, portanto, cadeias de referências dentro da rede de contatos (WHA, 1994).

Em suma, essa metodologia propõe que após as indicações dos sujeitos iniciais, seja solicitado aos indicados dados suficientes acerca de outros membros da população em estudo, a fim de também recrutá-los para participação no trabalho. Albuquerque (2009) destaca que por essa técnica não determinar os condicionantes probabilísticos da seleção de cada participante, há uma extrema vantagem no recrutamento de populações complexas, que são de pouco acesso, contextualizada aqui pelo grupo LGBT. Com isso se tornou mais possível que um sujeito pudesse conhecer outro membro, e assim sucessivamente, permitindo uma aproximação mais profícua das situações específicas do grupo, incluindo àqueles em pequena representatividade na capital teresinense, como o segmento LGBT.

Quanto ao número de sujeitos, contou-se com a participação de 4 lésbicas, 4 gays, 6 travestis e 5 mulheres transexuais. O convite foi realizado para até 12 sujeitos em cada categoria, contudo, esses foram aqueles que aceitaram o convite e estiveram no dia e horário agendado para a realização do grupo focal. Esses sujeitos foram

identificados quanto à idade, escolaridade e raça/cor, recebendo também nomes fictícios em cada categoria com o objetivo de preservar o sigilo de suas identidades. As lésbicas foram nomeadas por elementos da natureza, os gays por nomes de aves em extinção, as travestis por nomes de flores e as mulheres transexuais por cores do arco-íris.

Outra questão a ressaltar é a relação entre as identidades dos participantes e o objeto de estudo, destacando um substrato peculiar com o investigador, em que tanto os participantes quanto o pesquisador estão implicados no processo científico, e portanto, assume-se a não neutralidade diante a subjetividade do próprio pesquisador durante a execução da pesquisa. O discurso coletivo não significa um recorte homogêneo, mas sim uma história na qual os diferentes interesses e as diversas visões ganham lugar e possibilidade de serem expressos (MINAYO, 2012).

IV.IV. Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

No estudo, utilizou-se a técnica de grupos focais, que segundo Trad (2009) possibilita uma ampla problematização acerca de um tema específico. Originária da pesquisa social desenvolve-se por meio da perspectiva dialética, na qual o grupo possui objetivos comuns e seus participantes são intencionalmente conduzidos a um espaço de discussão e troca de experiências.

Admitindo a concepção dinâmica e de circularidade do grupo focal, a proposta de utilizá-lo apresenta-se como um desafio atinente e fundamental, no qual os participantes não eram meros porta-vozes dos seus processos saúde/doença/cuidado, mas sim sujeitos críticos, reflexivos e analíticos de suas relações.

A técnica possibilitou a expressão das subjetividades dos participantes na sua própria linguagem e facilitada pelo discurso do outro, que através da comunicação e interação, foi possível coletar informações importantes para a compressão do fenômeno social, com o objetivo de elucidar e clarificar as experiências expressas em percepções, significados, valores, dentre outras formas de produção de sentidos.

Nesse tocante, o grupo focal que seguiu um roteiro previamente elaborado e planejado (**APÊNDICE B**) foi moderado pelo pesquisador e observado por outros

pesquisadores e/ou auxiliares de pesquisa. Os quatro grupos focais ocorreram num tempo médio de até 1 hora e 30 minutos, entre os meses de junho à outubro de 2015, em dias e locais combinados com os participantes. Todos os grupos focais foram registradas por meio de um *MP4 Portátil*, posteriormente transcritas na íntegra e em seguida analisadas.

IV.V. Análise dos dados

Buscando compreender as experiências e reflexões nos grupos focais e a fim de estabelecer um paralelo entre os pressupostos teóricos e metodológicos adotados e os dados coletados, utilizou-se a Análise de Conteúdo como técnica para análise, tratamento e interpretação dos fenômenos sociais emergidos nos grupos. Bardin define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção (recepção/variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

A análise de conteúdo é uma metodologia bastante utilizada nas ciências sociais e humanas, imbricadas num rigor formal, com organização elaborada para a compreensão dos dados, e ao mesmo tempo produtora de sentidos e significados no discurso dos sujeitos investigados em seu coletivo. Nessa pesquisa, buscou-se compreender as significações no campo da Saúde Coletiva expostas nas vivências próprias de cada segmento da população LGBT. Para tanto, elaborou-se um plano de análise seguindo as três fases do método estruturado por Bardin: a pré-análise, a exploração do material e a análise ou interpretação dos dados (BARDIN, 1977).

Na etapa de pré-análise, os dados coletados foram previamente organizados. Estabeleceu-se maior contato com o material por meio de uma leitura flutuante. Foi a partir daí, foi realizada a formulação de questões para a elaboração de indicadores de interpretação.

No tocante à exploração do material, deteve-se a uma leitura mais atenta, onde

às vezes foi necessária uma nova escuta, com o intuito de se aprofundar nas análises, a fim de perceber os discursos mais comuns a cada categoria e agrupá-los.

Por fim, para a análise ou interpretação dos dados, buscou-se um compilamento teórico e reflexivo acerca dos principais estudos da temática, bem como um agrupamento mais organizado baseando-se no processo de categorização. Esse processo foi formado por agrupamentos dos elementos comuns durante a comunicação grupal, com uma seleção dos que ficaram mais evidentes na correlação com a literatura estudada.

IV.VI. Aspectos éticos da pesquisa

Quanto às questões éticas da pesquisa, foram submetidas e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UNB), conveniando-se ao Núcleo de Saúde Pública (NESP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com parecer de CAAE 25856613.9.0000.0030 (**ANEXO A**).

Na fase inicial do grupo, estabeleceu-se um “contrato”, onde cada participante foi orientado sobre os objetivos da pesquisa, o sigilo dos relatos, e a possibilidade de se retirar a qualquer momento, sem prejuízo para a continuidade do trabalho. Logo após, os sujeitos foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (**APÊNDICE A**). Destaca-se também que foram respeitados todos os preceitos éticos contidos na Resolução 466 de 2012 (BRASIL, 2012).

CAPÍTULO V

Análise e discussão dos dados

O capítulo aborda as análises dos grupos focais realizados com lésbicas, gays, travestis e transexuais, as quais serão descritas as categorias originadas da Análise de Conteúdo, que foram construídas a partir dos temas mais frequentes no discurso coletivo, sendo estes agrupados e interligados ao aporte da literatura científica.

V.I. Grupo focal com as lésbicas

O grupo focal com as lésbicas ocorreu em um único encontro, num local de reunião do próprio movimento social. Participaram quatro mulheres lésbicas¹, residentes em Teresina, e que fazem parte de um grupo de militância no estado. O grupo focal durou aproximadamente 50 minutos, e permitiu a imersão das participantes na temática, que interagiram de maneira ativa e dinâmica ao que foi proposto.

O grupo trouxe reflexões, pensamentos e inquietações peculiares de cada integrante, que aos poucos, foram facilitados pelo vínculo com o pesquisador. O espaço construído favoreceu o surgimento de demandas encobertas, experiências invisibilizadas pelos serviços de saúde, bem como estratégias de acesso a esses serviços oferecidos na capital.

Com o intuito de manter o sigilo profissional e preservar a identidade das participantes, estas receberam nomes fictícios, aqui escolhidos pelos quatro elementos: Fogo, Ar, Terra e Água. Essa analogia foi datada por Jung (1990) ao analisar diferentes tradições filosóficas e culturais, nas quais percebeu que todas incluíam em sua composição os quatro elementos fundamentais, que por seu material simbólico e de interpretação, geram significados diferentes. Ao aprofundar seus estudos sobre as características desses elementos, percebeu ainda as diferentes forças que imbuem o indivíduo, erguendo assim as faculdades mentais, baseando-se em seus elementos fundadores. O fogo representando a moral, o intelectual formado a partir do ar, a física por meio da terra, e por fim, a estética e a alma pela água.

¹ Ao decorrer desse trabalho, utilizar-se-á a terminologia "lésbica" ou a expressão "mulher lésbica" como de efeito igual. Não obstante, se ainda estivermos presos ao modelo hegemônico e patriarcal de mulher enquanto subserviência ao homem, com fins de reprodução sexual, como poderiam as lésbicas serem mulheres? Nesse trabalho, conforme destaca Rabello (2013), as amplitudes dos marcadores identitários das mulheres também incluem a lesbiandade.

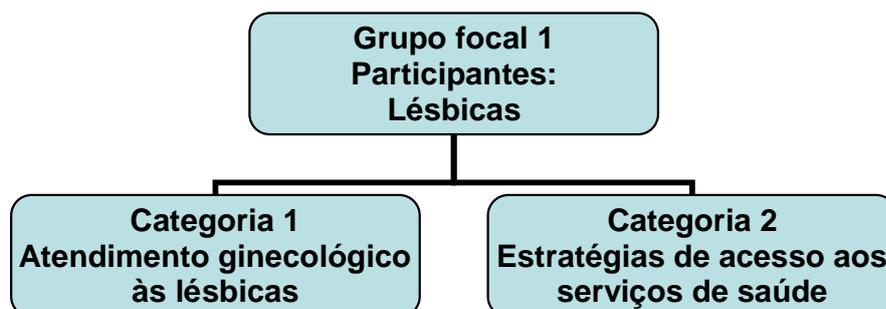
A união do fogo, ar, terra e água, se representam pela história da “unidade-de-ser” lésbica, de ser mulher num lugar de diferentes marcadores de cor/raça, idade, gênero e sexualidade, que produzem determinados estilos que definem a lesbiandade. Uma mulher que pela unidade, se torna diferente, formada por forças externas e internas emudecidas pela sociedade. Portanto, receberam esses quatro nomes: Fogo, Ar, Terra e Água.

Quadro 1: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor.
Grupo focal 1.

Nome	Idade	Escolaridade	Raça/Cor
Fogo	44 anos	Pós-graduação	Parda
Ar	24 anos	Ensino Médio	Branca
Terra	31 anos	Ensino Superior	Negra
Água	42 anos	Ensino Médio	Negra

Através da análise detalhada e sistemática dos dados transcritos do grupo em questão, emergiram duas categorias com maior ênfase e repetição de discursos, os quais deram origem as principais vivências e reflexões desse segmento exposto no estudo.

Ilustração 1: Quadro das Categorias Temáticas - Grupo focal 1



Categoria 1 - Atendimento ginecológico às lésbicas

“A primeira vez que eu fiz um exame ginecológico, eu me senti... Hoje eu tenho consciência de que eu fui estuprada, né?” (FOGO)

Desde cedo as mulheres são induzidas a buscarem o atendimento ginecológico, seja com a menarca, pela suspeita de gravidez, após a primeira relação sexual, ou com a chegada da menopausa. Sendo assim, a busca por esse serviço é quase sempre gerada por eventos sociais e que ao mesmo tempo provocam alterações no corpo da mulher (RABELLO, 2013). Com isso, a consulta ginecológica pode ser socialmente tida como um momento de ansiedade e tensão para muitas delas, e no caso das lésbicas, esse atendimento parece ser ainda mais complexo, conforme citou Fogo ao iniciar essa discussão temática.

Facchine e Barbosa (2006), ao investigarem a relação entre a lesbiandade e os serviços de saúde, destacaram o envolvimento de alguns fatores, tais como a invisibilidade da existência da mulher lésbica, o movimento de repressão da própria sexualidade feminina, e o preconceito (direto ou indireto) à homossexualidade.

Rohden (2002) diz que a própria ginecologia é fruto de um modelo de exclusão da mulher enquanto sujeito de direito. Historicamente, essa especialização surgiu da preocupação médica com o corpo da mulher para fins sexuais e reprodutivos, diferentemente do homem. Esse cuidado era de regulação biológica da mulher (posição “inferior”) para a maternidade, e com isso manter a ordem socialmente cristalizada e heteronormativa de reprodução.

Em meio a esse contexto, a atenção à saúde integral às mulheres sempre estiveram encobertas, e quanto ao cuidado com as lésbicas, Facchine e Barbosa (2006) afirmam que os estudos relacionados a essa temática não conseguiram fornecer suporte necessário para o esclarecimento da existência de demandas e riscos específicos da saúde das lésbicas, já que a maioria aborda apenas o eixo da saúde sexual e reprodutiva à luz da heterossexualidade.

E essa ausência, seja intencional ou não, marginaliza os atendimentos às lésbicas que buscam o serviço de saúde. Conforme esclarece Terra:

E até porque quando a gente chega a conseguir falar com a ginecologista, ela sequer pergunta se eu sou lésbica, quais são as minhas práticas sexuais? E “ae” ela me trata como se eu fosse mais uma de suas mulheres heterossexuais que tão lá fora, que têm cinco filhos e que têm uma vida sexual ativa com homem. (TERRA)

Ao problematizar a fala de Terra, destaca-se o trabalho realizado por Valadão e Gomes (2011), que fizeram uma análise integrativa de diferentes estudos brasileiros acerca da saúde das lésbicas, e apontaram para o fato de que as lésbicas, em sua maioria, não são apoiadas por parte dos profissionais de saúde a verbalizarem suas orientações sexuais quando buscam assistência ginecológica. E essa situação, por conseguinte, dificulta a possibilidade de atendimento seguro e ético, e também reproduz exclusão e violência simbólica.

Para Portela e Ferreira (2009), é fundamental durante o atendimento ginecológico informar sobre as práticas sexuais, caso tenha relação com mulher ou com homem e mulher. Isso se deve ao fato de que a maioria desses atendimentos seguem um roteiro para a mulher heterossexual, e foca-se, especialmente, no uso dos métodos contraceptivos. Dessa forma, a postura ativa do usuário revelar a orientação sexual pode facilitar o diálogo e agregará também mais conhecimento para o profissional sobre a saúde sexual dentro das peculiaridades da mulher lésbica.

Contudo, Coelho (2011) fez uma pesquisa quantitativa descritiva abordando o tratamento dispensado às lésbicas em consultórios ginecológicos. Destas, 59,5% revelaram sua orientação sexual ao profissional de saúde, sendo que 88,6% por iniciativa da própria paciente e 5,1% após questionamento do profissional. Com isso, o estudo concluiu que destas, 18,3% perceberam uma reação preconceituosa do profissional após a revelação, e dentre as mulheres que não revelaram sua orientação, 30,6% saíram do consultório com receita de método contraceptivo, 19,4% com indicação de preservativo masculino, 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% com hipótese diagnóstica de gravidez.

As evidências são claras para a invisibilidade do lugar da lésbica nos serviços de saúde, face aos modelos que de maneira implícita ou explícita são reproduzidos pelos profissionais de saúde, que se encontram preparados para atender a mulher

heterossexual, adulta, que já é ou pretende ser mãe. À guisa desse atendimento, podem existir diferentes bloqueios gerados a partir dele, conforme esboça Fogo:

Eu precisei uma vez, né? Fazer uma consulta de ginecologia. Na primeira vez que eu fui, pelo SUS, né? E “ae”, assim, eu me senti violentada na realidade. Mas, eu me senti, dessa forma que eu estou falando: **violentada** [grifo do autor]. Me perguntaram nada. Simplesmente foram fazer o exame em mim, chorei e fiquei com trauma. É isso. (FOGO)

A adolescência é caracterizada como uma fase de metamorfose, isto é, época de grandes transformações, descobertas, rupturas e de aprendizados, e por isso mesmo, uma fase da vida que envolve riscos, medos, amadurecimento e instabilidades (BRASIL, 2013a). É nesse período que a adolescente mostra-se mais vulnerável às alterações próprias da fase, e portanto, o exame ginecológico, conforme Domingos e Madeira (2004), pode deixar uma impressão duradoura, podendo interferir positivamente (ou não) no retorno dessas jovens a assistência ginecológica. Para Fogo, esse foi um momento de violências, seja pela sua condição, à época, de adolescente, ou pela abordagem pouco compreensiva de seus medos, angústias e dúvidas.

E eu era uma adolescente. A médica nesses hospitais geralmente pega o espécuro que têm, é o mesmo espécuro que usa na mulher que já pariu dez filhos, e usa numa adolescente. Então, também pra mim, foi muito doloroso. Ali foi um **estupro** [grifo do autor], pra mim. (FOGO)

Os exames ginecológicos são especialmente momentos sensíveis tanto para os profissionais quanto para a mulher que está sendo examinada, e quanto ao exame especular, este é realizado através de um instrumento denominado espécuro², com ressalva para a escolha profissional do menor espécuro, que possibilite o exame

² Os espéculos vaginais são instrumentos utilizados pelo profissional de saúde e que permitem enxergar e examinar o interior da cavidade vaginal. São formados por duas valvas iguais, que quando fechadas, se justapõem, constituindo uma peça única. Destarte, os espéculos abertos são comumente mais utilizados, seja de material plástico, metálico ou descartáveis, de forma a contemplar quatro tamanhos: mínimo (espécuro de virgem), pequeno (nº 1), médio (nº 2) ou grande (nº 3). Sendo ainda imprescindível que o profissional escolha o espécuro com tamanho adequado a paciente (HALBE, 2000).

adequado, e de maneira a não provocar desconforto na paciente (HALBE, 2000), conforme esboçou Fogo ao descrever o ato como um verdadeiro “estupro”.

Valadão e Gomes (2011) destacam ainda que os profissionais de saúde precisam discutir sobre os riscos relacionados às DST e AIDS em lésbicas, sobre as técnicas reprodutivas disponíveis, como inseminação artificial e fertilização *in vitro*, o aconselhamento sobre os cuidados da prática penetrativa (com brinquedos eróticos ou dedos), a fim de perceberem que não existe uma mulher igual a outra, e por isso suas necessidades de saúde são diversas.

Nesse contexto, Terra, Água e Fogo trazem um discurso de alerta a esses profissionais que realizam a coleta do exame de prevenção (papanicolau /colpocitologia oncológica) ou qualquer outro procedimento de saúde em um modelo heteronormativo.

(...) quando for me atender, procure saber quem eu sou, com quem eu me relaciono, se é a primeira vez que eu estou lhe procurando, quais são as minhas práticas sexuais, se já usei o espécule alguma vez, qual a minha religião. Isso é muito importante pra um bom atendimento e um convite pra eu poder voltar. (TERRA)

Eu gostaria assim, para os profissionais de saúde, que antes de tudo, tivesse uma triagem. Que na triagem tivesse um questionário fazendo perguntas sobre a minha orientação sexual. Mas assim, que as informações ficassem contidas, não somente naquele questionamento, que você foi atendido pela emergência. Mas, que tivesse no prontuário do paciente. Entendeu? No momento que ele tivesse uma consulta, o médico pegasse o prontuário e já estivesse lá todos esses questionários respondidos sobre orientação sexual (...). É que a gente gostaria de ser tratada com carinho e atenção. E que os profissionais deixassem a gente numa situação de conforto e confiança. (ÁGUA)

Fiz uma cartinha aqui: Caro profissional de saúde. Sou Fogo. Sou uma mulher lésbica, nordestina, de família pobre. Como nas vezes em que fui atendida nos serviços de saúde não me senti acolhida e respeitada na minha condição de mulher lésbica, faço a você alguns apelos: Um. Seja mais cordial. Trate as pacientes com humanidade e respeito; Dois. Coloque na sua cabeça que nem todas as mulheres têm práticas sexuais com homens. Existem mulheres que vivem afetivo-sexualmente com outras mulheres, sabia?; Três. Reveja a forma de abordagem com as pessoas que você atende. (FOGO)

Os depoimentos em forma de orientações destinadas aos profissionais de saúde fizeram parte da dinâmica do grupo focal, e apontaram algumas discussões, a saber: a necessidade de elaboração de protocolos específicos para as mulheres lésbicas; o

enfrentamento à lesbofobia nos serviços de saúde; o acolhimento ginecológico adequado à lésbica, especialmente em relação ao uso do espécuro; a escuta profissional qualificada e humanizada; e o processo de educação permanente para a formação de profissionais de saúde aptos a compreenderem as particularidades da mulher lésbica.

Categoria 2 - Estratégias de acesso aos serviços de saúde

“Ainda hoje, mesmo com esses cuidados que eu tenho, preciso escolher à dedo a médica ginecologista”. (FOGO)

A inclusão à diversidade nos serviços de saúde é uma das possibilidades de contato que se evidencia a partir do acesso, que por sua vez, pode não se efetivar pela presença de entraves. O ponto inicial dessa teia é a busca na rede de saúde por ações e serviços que contemplem as diversas necessidades da mulher, e especificamente à lésbica, no que diz respeito ao cuidado com a vivência sexual própria da sua orientação sexual.

No entanto, nem sempre essa assistência é humanizada, e ainda com restrições ao acesso. Dessa forma, as usuárias perante os obstáculos vivenciados, buscam os profissionais “à dedo”, conforme relatou Fogo ao dar eixo a essa categoria de análise. Sua estratégia pôde ser mais bem descrita na fala em destaque:

E “ae”, já conhecendo quem são as médicas que são mais sensíveis, né? Eu sempre busco. E não sofri mais nenhum tipo de discriminação. Também porque elas conhecem a minha condição de lésbica e eu me sinto mais a vontade em buscar um atendimento com elas. (FOGO)

A conduta de acolhimento atravessada pela experiência não agradável de Fogo lhe motivou a procurar profissionais de saúde já reconhecidos na cidade como “mais sensíveis”, que compreendem as especificidades da orientação sexual, e facilitam o diálogo por meio de uma postura aberta, não preconceituosa, ética e profissional.

Portela e Ferreira (2009), em seu estudo com profissionais de saúde, perceberam que dentre os obstáculos no atendimento às lésbicas, a abordagem

padronizada e com protocolo rotineiro destinado as mulheres heterossexuais, as penaliza pelo princípio da equidade. E tal fato se dá porque muitos desses profissionais não tiveram envolvimento, ou muito pouco, com essa temática em sua formação. E dessa maneira, muitas usuárias acessam os profissionais já reconhecidos e destacados pela sua qualificação e abertura para as possibilidades de diversidade sexual. Terra também relata essa situação:

Assim, pela história de militância, a gente já aprende, inclusive a procurar médicos e médicas ginecologistas mais sensibilizados e que tenham um atendimento mais humanizado. (TERRA)

Já acessando os profissionais de saúde conhecidos e indicados informalmente na rede, as lésbicas enfrentam ainda outra barreira: a necessidade de utilização do serviço privado em saúde. As desigualdades de acesso, dentro de um sistema que é prioritariamente universal, integral e equânime, motivaram Água e Fogo a buscarem essa alternativa:

Aí eu tive que procurar a Instituição Privada, né? Eu tive que onerar em toda a minha situação. E então você já é tratado diferente, por conta de ter o dinheiro ali, por você ter um plano de saúde, e que não poderia ser assim, né? Deveria ser tudo diferente. (ÁGUA)

(...) depois dessa experiência não agradável, eu procurei sempre a rede particular, né? (...) E a partir do acúmulo e da militância, a gente vai superando como uma forma de você se salvar, se guardar, se imunizar um pouco das violências, e é fazer exatamente isso: pagar profissionais que já estejam sensibilizados e que tenham um atendimento mais humanizado. É isso que a gente faz hoje, né? (FOGO)

Um dos principais desafios do SUS é combater as diferenças e desigualdades de acesso, com o objetivo de que ele funcione de forma efetiva e eficaz, seguindo seus princípios, diretrizes e decretos. E para o acontecimento dessa realidade, é necessário combater a barreira financeira entre os serviços de saúde e a comunidade, enfrentar sua mercantilização, bem como a desproporção oferta/demanda existente (ASSIS; JESUS, 2012).

A assistência em saúde problematizada pelo acesso ao serviço particular propõe uma dimensão política exemplificada por Água e Fogo, que pela própria militância

reconhecem espaços de acolhimento à diversidade e que respeitam sua orientação sexual, contudo, são serviços privados para demandas públicas. Ao mesmo tempo, intui-se a necessidade de lutas e movimentos da sociedade civil, isto é, de que instâncias de poder possam compartilhar forças e co-responsabilizar decisões a fim de superar barreiras hegemônicas nos modelos de saúde.

E as mulheres lésbicas que não possuem condição financeira de custearem um atendimento na rede privada? Percebe-se, com isso, que a dimensão econômica é então condicionada pela renda, a partir da des-essencialização da questão de gênero, e pela conformidade de mundos apartados, naturalmente construídos e que de algum modo produz mais desigualdade e opressão. Para Lionço (2008), essa é uma questão de Estado, que se constitui no campo dos poderes formais, e é *com e para* o Estado que o diálogo precisa ser inscrito.

Sobretudo, Facchine (2008) anuncia que recentemente o país assiste um processo de amplitude, questionando sobre a adequação e a efetividade das políticas públicas focalizadas, em que os atores sociais são associados no âmbito das políticas públicas por uma “focalização da focalização”, que conectam questões de gênero às situações de vulnerabilidade social, por exemplo.

V.II. Grupo focal com os gays

O grupo focal com os gays foi realizado em um único encontro com quatro participantes declaradamente gays. Com duração de 1 hora e 10 minutos, ocorreu em um local cedido pela militância LGBT localizado no centro da cidade de Teresina, tido como local de apoio do grupo e de fácil acesso as principais vias de transporte coletivo.

O encontro sucedeu-se sem maiores transtornos, de maneira previsível, e com livre expressão dos participantes frente às atividades previamente organizadas e ao logo do encontro propostas. A discussão permitiu o debate de temas referentes ao ser gay nos serviços de saúde, bem como os sentimentos, pensamentos e reflexões de cada um acerca da atenção à saúde dos gays.

Ao longo dessa análise, os sujeitos participantes serão identificados por nomes de aves, no intuito de preservar suas identidades e manter o sigilo acordado no início

do grupo focal. No Brasil existem diferentes aves, distintas em suas características, mas com uma em comum, a liberdade, presente até mesmo naquelas que não podem alçar voos. A liberdade é a emancipação da natureza como forma de sobrevivência, no entanto, diversas aves estão em extinção, seja ameaçada pelo desmatamento, pela caça predatória ou até mesmo pelo comércio ilegal.

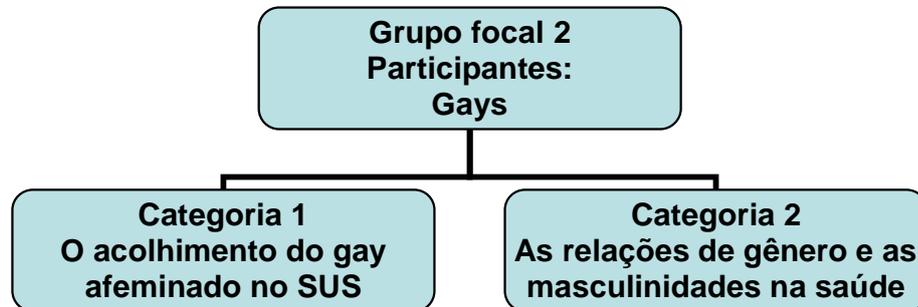
Aqui, as aves foram comparadas aos gays, já que ambos lutam pela liberdade, mesmo diante os obstáculos de natureza própria, ou construídos pelo homem, mas em sua diversidade de cores e comportamentos, os gays buscam ser livres como as aves. Em questão, foram escolhidas quatro aves que estão em extinção no país segundo o Comitê Brasileiro de Registros Ornitológicos (2006): Guará, Pica-pau, Coruja e Bem-te-vi.

Quadro 2: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor.
Grupo focal 2.

Nome	Idade	Escolaridade	Raça/cor
Guará	45 anos	Pós-graduação	Pardo
Pica-pau	54 anos	Pós-graduação	Branco
Coruja	33 anos	Pós-graduação	Pardo
Bem-te-vi	20 anos	Ensino Médio	Pardo

Ao longo da organização, planejamento, aplicação do grupo focal, e, por fim a análise da sua transcrição por completo, evidenciaram-se duas categorias em destaque, como sendo de maior frequência, com questionamentos e elucidações pertinentes ao debate da temática.

Ilustração 2: Categorias temáticas - Grupo focal 2



Categoria 1 - O acolhimento do gay afeminado no SUS

“Tem aqueles gays que são mais pintosos, na nossa linguagem, que sofrem muito mais preconceito nos postos de saúde.” (CORUJA)

O recorte da fala de Coruja declara o sofrimento do gay afeminado, ou com características femininas, àquele que possui algum artefato do espaço naturalmente instituído da mulher, que na linguagem própria do grupo é identificado como “bicha pintosa”³, que em sua tentativa de acesso ao SUS, enfrenta algumas tensões, especificamente àquela produzida por ser afeminado. Guará e Bem-te-vi explicam em seus relatos, como se dá essa tensão:

Sou o primeiro a chegar e sou o último a ser atendido. Por que eu sou o último a ser atendido? Porque eu sou uma pessoa mais afeminada e já dão aquela risadinha. A própria pessoa que vai atender já olha “assim” pra gente. Todo gay, eu acho que tem dificuldade, pelo menos em determinados acessos a UPA, ao postinho, e o próprio hospital. (GUARÁ)

O gay que é afeminado sofre, sofre muito mais. Não é a travesti. Mas a pessoa que é mais afeminada. (BEM-TE-VI)

³ A expressão adotada e utilizada nessa discussão se dá pela dimensão crítica de fortalecimento político de autoafirmação, tendo em vista a questão sócio-histórica de apaziguamento, americanização e elitismo que tem assumido o termo gay. Essas produções, muitas vezes, invisibilizam a formação de outros marcadores de identidade, como as “bichas pintosas”, que transparecem autenticamente seu desejo expresso no gênero feminino.

A lógica desse paradoxo está entre a dominação da ordem masculina e a subserviência do lugar feminino na sociedade, que ao mesmo tempo, de forma espontânea e extorquida, só pode ser compreendida caso se perceba os efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres e os homens, isto é, às formatações construídas por meio desta ordem que as impõem (BOURDIEU, 2002).

Essa cultura de opressão de ser gay afeminado aponta para uma conjuntura idealizada a partir dos padrões sócio-morais, definidos pelo modelo heterossexual, e que pode gerar consequências no atendimento com profissional de saúde, já que a “bicha pintosa” representa visivelmente a diferença.

Os enfermeiros começaram a dizer piadas sem graça. Você está em atendimento com urgência e o profissional fazer esse tipo de piadinha. Então, eu acho assim, que a dificuldade está no geral. Só que infelizmente aqui na cidade está assim com o pessoal afeminado. O profissional de verdade, não vai ligar pra isso. Mas, infelizmente, você sabe que têm uns profissionais bem ruins. (PICA-PAU)

Tinha um gay bem afeminado esperando para chamarem ele lá dentro do posto. Só que chamaram outras pessoas só pra mostrarem ele. Aí ficaram “zoando”. E muitas vezes, muitos de nós não sabemos nossos direitos. E “ae” perde o atendimento, sai perdendo tudo. Quando ele é mais afeminado, os direitos dele, dentro do posto de saúde são todos afetados. (GUARÁ)

Pica-pau e Guará expõem também como tem sido o posicionamento de alguns profissionais perante um gay afeminado, o que remonta o processo de Humanização do SUS, em que o acolhimento e o fortalecimento do vínculo são permitidos pela concepção dinâmica de agir do profissional, o qual é capaz de reconhecer as diferentes expressões da sexualidade humana, sem necessariamente emitir julgamentos preconceituosos.

A rede de saúde é um espaço de tolerância com a diversidade e respeito à própria dignidade humana. Para Cerqueira-Santos *et al* (2010), os profissionais precisam favorecer as estratégias de proteção aos gays, sem reproduzir violências, e nem esvaziar as vulnerabilidades desse segmento.

Já vi muitos amigos meus “pintosos”, que sofrem nos postos de saúde. Às vezes sofrem violência, por conta de apanhar de um - vou usar a nossa linguagem - “um bofe”, de um “boy”. Aí, a gente vai procurar um boy e tudo. Aí apanha e depois chega no posto de saúde e as pessoas te julgam: “Ele mereceu aquilo ali!” (GUARÁ)

O movimento feminista foi enfático ao afirmar que o lugar da mulher sempre foi impuro, de abjeção, e essa postura historicamente posta, está diretamente relacionada aos gays afeminados, que se assemelham em sua inferioridade às mulheres (BOURDIEU, 2002).

O comportamento do profissional de saúde exposto por Guará depõe uma culpabilização do sujeito, uma expressão clara de opressão ao feminino, como forma de devolver o sujeito à alteridade, ao comportamento feminino, mas que na realidade é um corpo masculino. A partir de Guattari (1981), pode-se discutir como os profissionais de saúde precisam se permitir a ampliar seus olhares sobre os processos de saúde dos gays afeminados.

(...) não é mais a de saber se vamos desempenhar o papel feminino contra o masculino, ou o contrário, e sim fazer com que os corpos, todos os corpos, consigam livrar-se das representações e dos constrangimentos do ‘corpo social’, bem como das posturas, atitudes e comportamentos estereotipados, da ‘couraça’ de que falava Wilhelm Reich (GUATTARI, 1981, p. 43).

Um dos grandes desafios do SUS está lançado: cuidar da saúde dos indivíduos e seus coletivos sem “bombardeios”, sem estigmatizações, ou condições meramente biologicistas. Por isso a reforma da Saúde Coletiva almeja a formação de um campo de consciência política, como uma captadora de agências de transformação dos sujeitos, das suas relações e a sua produção de saúde. A Saúde Coletiva presumida precisa ser formada de um espaço capaz de perceber ao mesmo tempo a complexidade e a necessidade de um suporte humanístico aos gays em geral.

Categoria 2 - As relações de gênero e as masculinidades na saúde

“Como qualquer homem brasileiro, a gente é o forte, homem é isso e aquilo outro, e a gente acaba que não procurando os postos de saúde”. (GUARÁ)

Ao abrir essa categoria, o discurso de Guará explica o afastamento do homem da rede de serviços em saúde. Historicamente, a saúde do homem esteve distante do foco de análises e estudos, que de maneira esquivada, fez-se emudecer pelos estudos de gênero designados apenas à mulher. Todavia, o trabalho comparativo de Laurenti, Mello-Jorge e Gotlieb (2005) entre a atenção à saúde do homem e a saúde da mulher, mostrou uma epidemiologia elevada de morbimortalidade masculina.

No intuito de explorar e descrever melhor esses dados elevados de mortalidade e sobremortalidade do homem e sua relação com o cuidado em saúde, a literatura de Villar (2007) e Korin (2001) mostraram que a presença de fatores sociais e culturais influenciam diretamente nesses cuidados, já que a posição de autocuidado, não entraria no rol dos comportamentos esperados pelo homem.

Tal concepção é discutida pela associação da fragilidade, do deixar-se levar, a uma posição de inferioridade, que socialmente é atribuída a mulher, cabendo ao homem à virilidade e a força física. Essa dimensão tem colocado, então, o homem em um patamar de risco e vulnerabilidades no contexto da saúde (VILLAR, 2007).

E essa relação entre alguns dos marcadores de gênero e os cuidados à saúde tem aparecido na reflexão dos gays sobre o acesso aos serviços de saúde. De um lado, a precária assistência ao segmento, do outro, a virilidade imposta pelas vivências em uma sociedade patriarcal e normativa. Coruja, Guará e Pica-pau descrevem as suas relações sociais implicadas no cuidado à saúde.

Eu nunca procurei um serviço de saúde assim. Só quando... Há dois anos atrás, quando tive uma pequena lesão no sistema nervoso. (CORUJA)

O gay não procura os postos de saúde. Só quando está bastante doente. Dificilmente! A gente até conversa sobre saúde. Conversa muito sobre saúde. Mas, na hora de procurar a saúde, o gay procura muito pouco. (GUARÁ)

Realmente a gente não procura, realmente a população de gays não procura a saúde se ele não tiver muito doente ou se ele não tiver com uma doença que precise muito de um acompanhamento, né? Ele **não vai procurar a saúde igual a qualquer homem heterossexual** [grifo do autor], que é uma falha nossa. Que eu acho que a gente devia buscar. (PICA-PAU)

Os recortes dos discursos coletados apelam para uma reflexão institucional que considere na saúde integral do homem suas diferentes masculinidades, suas práticas, isto é, suas relações de vida e saúde. Que a grosso modo, integre os homens no campo da Saúde Coletiva, a fim de que possam, ter mais consciência de si e adquiram hábitos de qualidade de vida.

Especialmente relacionada à fala de Pica-pau, destaca-se um paralelo entre as sexualidades masculinas, em que o gênero mais uma vez entraria como hierarquização do homem heterossexual em relação ao homem homossexual. Onde na verdade, buscar-se-ia, aquele que é “mais homem”, “mais forte”, “mais saudável”, sem considerar os aspectos sociais, humanos, de idade, classe, ambientais, econômicos, dentre outros fatores que compõem as diferentes identidades. Em contrapartida, essa visão invisibiliza os gays enquanto expressões de saúde peculiares de cada sujeito.

Bem-te-vi e Guará elencaram algumas justificativas para a não adesão do cuidado do gay com a saúde, bem como as estratégias de acesso quando se sentem fragilizados.

Uma vez no ano eu faço regularmente os exames: HIV, Hepatite, sífilis. Mas, assim, para procurar mesmo só quando a situação está séria. (BEM-TE-VI)

Acho que é o machismo, também (...). E o que eu acho que os gays mais procuram é o centro de testagem. Os gays pelo menos tem consciência de procurar, fazer os testes. No geral, a população de gays procura mais é esses testes de AIDS, sífilis, DST. Mas na saúde em geral é muito pouco procurado pela nossa população. (GUARÁ)

Data-se mais de 30 anos após a descoberta da AIDS, e essa ainda é um rótulo emblemático usualmente associado aos gays, que ora são vítimas da doença, outrora foram os vilões, gerando assim controvérsias acerca do atual cenário brasileiro. Para o Ministério da Saúde (2014) houve uma estabilização da doença seguida de uma queda no país nos últimos 10 anos, contudo, ainda existe resquícios de processos gerados na descoberta da doença, como os de estigmatização, com forte associação aos LGBT, profissionais do sexo e usuários de substâncias psicoativas (ALVES, 2003), à culpabilização, através da representação social de sujeitos com comportamentos

irresponsáveis e inconsequentes frente a um impulso sexual maior (VILLARINHO *et al*, 2002), ou com um caráter punitivo como forma de castigo (VILELA; DORETO, 2006).

No entanto, têm-se presenciado avanços nas terapêuticas e tratamentos em relação a AIDS, que tem ajudado a desmistificar as representações do senso comum, e que diante a amplitude das campanhas de mudança comportamental e diversos outros mecanismos governamentais aliados a luta e defesa dos direitos humanos, como o enfrentamento das situações de opressão sexual e social, tem desencadeado o sinal de alerta que foi destacado por Bem-te-vi e Guará, ao relatarem suas representações e comportamentos diante as DST e AIDS. Mesmo negligenciando a saúde em suas outras especificidades, sempre procuram os centros e serviços de testagem e aconselhamento, como forma de prevenção em saúde. Sendo esses serviços uma possível porta de entrada para o acolhimento dos gays e de reorientações dentro da rede de saúde.

V.III. Grupo focal com as travestis

O grupo focal com as travestis ocorreu em um único encontro, com seis participantes, na residência de uma delas e no turno da noite, por ser um horário de maior disponibilidade da maioria. O grupo focal teve duração de 2 horas e 20 minutos e ocorreu com grande participação e interação entre os sujeitos.

As participantes já tinham vínculo anterior à pesquisa, e conhecimentos prévios das histórias de vidas, percalços e caminhos enfrentados em seus processos de mudança corporal. Todas são residentes em Teresina e acessam o SUS, seja em maior ou menor proporção.

Na pesquisa, com o objetivo de traçar um paralelo entre as singularidades das participantes travestis e o lugar das flores na antiguidade, optou-se por ao longo desse grupo utilizar nomes fictícios para nomear as participantes. Para tanto, receberam nomes de seis flores: Margarida, Rosa, Copo de Leite, Lírio, Orquídea e Girassol.

A mitologia grega conta na história das rosas que estas sempre estiveram entre as flores mais antigas a serem cultivadas nos jardins gregos, e por isso foi qualificada com “a rainha das flores” pela poetisa Safo por volta do século VI a.C. A história relata

que foi Clóris, a deusa das flores, que criou a rosa através de um **corpo inanimado** [grifo do autor] de uma ninfa que foi encontrada em um bosque. E então, a partir de três graças, nasce-se essa flor. Afrodite deu-lhe a beleza, Dionísio deu-lhe o perfume inebriante e Apolo poliu e a deixou florescer (TENTONI; CANE, 1998).

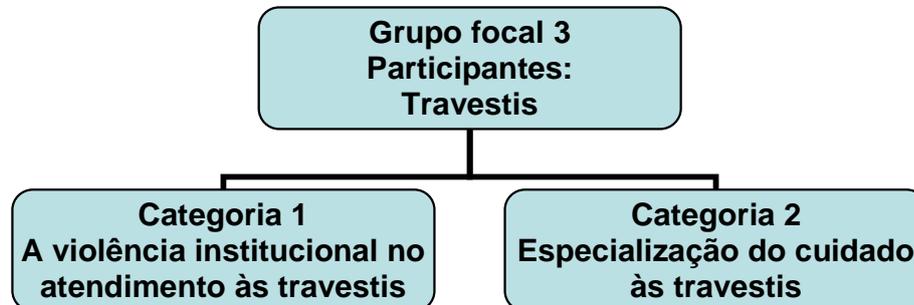
O recorte contado nessa história retrata o poder de regeneração das ninfas e ao mesmo tempo caracteriza a formosura em sua criação, ao se transformarem em flores. Essa metáfora está presente na vida de diversas travestis, que por meio de um corpo biologicamente masculino fazem nascer flores e germinar feminilidade para manter o seu brilho e a beleza da sua identidade. Dessa forma, assim foram nomeadas as participantes citadas abaixo: Margarida, Rosa, Copo de Leite, Lírio, Orquídea e Girassol.

Quadro 3: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor. Grupo focal 3.

Nome	Idade	Escolaridade	Raça/cor
Margarida	36 anos	Ensino Superior	Parda
Rosa	31 anos	Ensino Médio	Negra
Copo de Leite	28 anos	Ensino Médio	Branca
Lírio	26 anos	Ensino Médio	Negra
Orquídea	50 anos	Ensino Superior	Parda
Girassol	41 anos	Ensino Fundamental	Negra

No decorrer do grupo focal, na transcrição do material e na leitura qualificada, duas categorias foram apontadas como de maior frequência, e estas foram descritas e analisadas conforme as categorias temáticas.

Ilustração 3: Categorias temáticas – Grupo focal 3



Categoria 1: A violência institucional no atendimento às travestis

“Já teve dia que eu fui atendida por médico com educação, mas de 10 se tira 1”.
(ROSA)

Ao adoecer, de maneira geral, o sujeito se fragiliza em seu campo biológico, psicológico e social, isto é, o sujeito adoecer como um todo, o que o direcionada para cuidados específicos da atenção à saúde. Contudo, esse cuidado precisa ser necessariamente ético, e a humanização relacionada à organização do serviço de saúde se fortalece enquanto elemento fundamental para o atendimento ético, respeitoso e humanizado, já que se preconiza no artigo 196 da Constituição Brasileira que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Destarte, quando as travestis não se sentem à vontade nos serviços de saúde, é comum se fragilizarem, conforme descreveu Rosa ao falar do acolhimento nos serviços de saúde que acessou. O discurso de Rosa que deu origem a essa categoria é teorizado por Cerqueira-Santos *et al* (2009), quando esclarecem que tais dificuldades podem ter sido oriundas da equipe de profissionais de saúde, que por sua vez, podem ter manifestado situações de preconceito. Essas situações, conseqüentemente, acabam desencorajando e fazendo com que as travestis procurem outros itinerários terapêuticos. As falas ilustram ainda mais esses entraves:

O silicone de uma travesti rejeitou porque o médico descobriu que ela já estava com algum tempo com HIV, e com 19 anos teve que tirar uma parte da bunda dela que necrosou (...) Eu coloquei silicone depois de um tempo, algumas botam silicone enquanto novas, né? Com 15, 16, 17, 18 anos, fazem plásticas, fazem nariz, colocam prótese muito nova, eu já vim botar depois de velha, depois dos 30. Eu já me considerava bem velha e coloquei silicone. Já vai fazer 10 anos, já me internei 11 vezes, e já comi o pão que o diabo amassou no SUS. (GIRASSOL)

Você já está doente, não sabe o que vai acontecer, você não é bem atendido, não sabe se aquela pessoa que vai lhe atender estudou direito, se ela é um bom profissional, se ela pode aplicar uma injeção errada e junta isso ao preconceito de não saber se você vai ser atendido bem pelo fato de você ser uma travesti, isso é muito mais complicado (...) Pra mim, não existe sistema de saúde pra nós travestis, a gente é motivo de chacota. (ROSA)

Quando eu precisei de um médico, tipo assim, eu não tenho nada, mas o que eu tenho eu pago particular justamente pra eu não sofrer aquele tipo de preconceito. Ah, porque é travesti (...). Então, pra eu não ouvir isso, eu pago particular. (ORQUÍDEA)

Os percalços de Girassol, Rosa e Orquídea apontam com clareza para uma verdadeira batalha diante as desigualdades do SUS, destacando a necessidade de mudanças significativas nas práticas em saúde, com alusão para a inseparabilidade básica entre essas práticas conduzidas e os seus sujeitos - as travestis.

Acontece que muitas delas a fim de se tornarem inteligíveis, isto é, se socializarem mediante a desconformidade do seu corpo em relação a sua genitália, realizam várias mudanças corporais na busca de uma aparência mais próxima do feminino, que as identifique como tal.

Contudo, Santos (2013) destaca que esse corpo modificado é frequentemente alvo de várias interdições as quais contribuem para agravar ainda mais a situação de saúde, e que, além disso, trata-se de um “corpo fabricado” que ao circular pelos diferentes espaços atrai sobre si alguma forma de violência.

Ressalta-se que as próprias intervenções que conduzem para a mudança corporal são permeadas de riscos e sequelas provenientes da forma artesanal e carente de biossegurança na qual esse processo ocorre, muitas vezes realizado por

travestis conhecidas como bombadeiras⁴. Com isso, é comum elas acessarem os serviços de saúde para tratar de algum problema decorrente dessas práticas clandestinas de modificação do corpo.

Portanto, a garantia do acesso para assistência em saúde, quando analisada na perspectiva da disponibilidade dos serviços, apresenta o profissional de saúde enquanto promotor das relações, como articulador face aos conhecimentos, as tecnologias disponíveis e ao aparato físico, são, portanto, esses trabalhadores que se materializam em atos de saúde capazes de não patologizar, não desumanizar e nem estigmatizar as travestis (ASSIS *et al*, 2003; SANTOS, 2013).

Destacando a política LGBT nesse campo, os profissionais são essenciais na estruturação do acesso das travestis aos diferentes serviços, sobretudo porque podem (ou não) escutar e perceber, de forma qualificada, as demandas e necessidades latentes e daí se mobilizarem de maneira a propor uma reorganização que reflita tal demanda e suas especificidades. Em decorrência disso, os treinamentos e capacitações devem ser algo frequente nos serviços, como um espaço de discutir e reforçar temas relacionados à saúde LGBT.

E então, em maio de 2015 foi lançado o curso à distância intitulado “Política de Saúde LGBT”, que se tornou um marco entre os cursos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), com base na promoção do respeito à diversidade e com o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para um atendimento qualificado e humanizado à população LGBT, e como uma forma também de facilitar a reflexão e levar ao empoderamento dessas temáticas para o exercício de respeito e cidadania da população LGBT.

Muller e Knouth (2008) afirmam que esse atendimento, no caso das travestis “é babado”, colocando a linguagem utilizada pelo profissional de saúde como um entrave que pode gerar resistências capazes de distanciar as travestis dos serviços, e fomentar a não adesão ao tratamento. Dessa forma, percebe-se que o universo das travestis precisa ser mais compreendido, pois a falta dessa qualificação no atendimento pode

⁴ Bombadeiras são travestis que clandestinamente são contratadas para fazer mudanças nos corpos de outras travestis a fim de deixá-las mais femininas com a aplicação de silicone industrial em diversas partes do corpo, como quadril, nádegas e rosto. No entanto, essas práticas não são legalizadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e podem trazer prejuízos à saúde de quem as se submete.

gerar questões mais severas e resistências a longo prazo. A transcrição da fala de Copo de Leite mostra sua relação de insegurança.

Quando eu sei que preciso ir “no” hospital eu sinto insegurança. (COPO DE LEITE)

Além de Copo de Leite, Girassol destaca também a dificuldade de ser travesti, o que por si, inaugura a necessidade de estratégias mais cuidadoras, que promovam a minimização de seu sofrimento diante tantas alterações corporais. A forma com que estas participantes foram atendidas nos serviços de saúde mostra como se configura a violência institucional, que segundo Lionço (2008), acontece por conta de padrões heteronormativos que predominam nos discursos conservadores e morais em que o heterossexual é tido como a norma.

Não é fácil você ser travesti, encarar sua família, encarar a sociedade, botar uma saia, um peito, se transformar como mulher fisicamente, mesmo você não tendo feito a readequação, é muito difícil, mas um dia após o outro, né? A gente vai vencendo, vai batalhando e erguendo a cabeça, como diz a música do Gonzaguinha -“Levanta a poeira e dando a volta por cima”. (GIRASSOL)

Ferraz (2008) teoriza que a violência institucional acontece porque os serviços de saúde estão degradados, com estrutura física caótica, com tetos infiltrados, sistema elétrico e de refrigeração com defeitos, equipamentos obsoletos, em número reduzido e sem manutenção, farmácia desabastecida, almoxarifados vazios, lavanderias arcaicas, esterilização sem manutenção ou atualização de equipamentos, formando assim uma absoluta receita do caos vivido pela quase totalidade das unidades de saúde das redes públicas.

Entretanto, segundo Merhy (1997), o acolhimento é fundamental em qualquer atendimento, mesmo em situação física precária. O acolhimento é o “estar com”, seja no intuito de orientar, medicar, aconselhar e também referenciar. O “estar com” não se restringe ao espaço físico do local de atendimento, diz respeito a toda a situação envolvida, todo o processo de atendimento, seja na entrada no SUS ou no desenvolvimento das práticas. Rosa e Lírio, enquanto travestis usuárias do SUS, explicam o sofrimento oriundo dessa violência institucional.

Eu fui jogada no meio do corredor só com um balão de oxigênio pela metade, que acabou, e eu não tava conseguindo respirar, minha mãe chorando, meus amigos todos desesperados lá e eu na rede pública e ninguém me atendia. (ROSA)

E o que eu lembro é que eu tava na rede pública jogada numa cadeira, com o soro ligado em mim. Não tinha vaga. (LÍRIO)

Frente às situações “desumanizantes”, Lírio e Copo de Leite compara a saúde brasileira com a saúde europeia, ao relatar sua trajetória de acesso em serviço hospitalar na Itália.

Pessoas que já moraram na Europa, na Itália, por exemplo, e já adoeceram, sabem, lá é bom demais (...) Sabe, todo mundo que sai pra Itália faz prostituição, faz programa, né? Todos, e eu não vou ser hipócrita, fui, fui fazer e lá é normal você sair com 2, 3, e eu sempre sai e nunca tive nada. Um belo dia eu fui sair e aconteceu dele tacar uma barra de ferro na minha cabeça (...) “ae” já me levaram pro hospital, nossa, eles foram maravilhosos, já foram tirando logo a minha peruca, na hora que eu cheguei, já foram me raspando, já foram costurando e cuidando de mim. (LÍRIO)

Um certo tempo atrás na Europa queriam que entrasse uma lei em vigor que pessoas de fora, estrangeiras, sem documentação, queriam que não fossem atendidas. Os médicos disseram: Não, eu estudei, eu me formei pra salvar seja lá quem for, como for. Pronto! (COPO DE LEITE)

Sabe-se que entre o Brasil e os países europeus existem nuances históricas, sociais e culturais, não obstante, quando se comparado o SUS com os serviços de saúde europeus, até porque em grande parte dos países europeus o acesso é universalizado, Silva (2011) afirma que nesses países existem essencialmente uma relação paritária e de vínculo entre os profissionais e os usuários, com fortes investimentos na atenção básica como centralizadora da linha de cuidado. Há ainda maiores investimentos na formação de médicos generalistas, com remunerações atreladas à produtividade e a qualidade dos atendimentos, e como isso, tem se tornando possível realizar de fato, acolhimento nas práticas saúde.

Dessa forma, percebe-se que no Brasil as propostas de gestão e trabalho em saúde ainda precisam ascender bastante, com vistas a implementar práticas de educação permanente para os profissionais de saúde e que incluam temas pertinentes

ao acolhimento e atendimento às travestis, já que estratégias específicas para enfrentar as iniquidades no acolhimento podem ser operacionalizadas através de capacitações e treinamentos.

Ainda com o objetivo de coibir a reprodução dessas práticas arraigadas na realidade do Piauí, a Lei Ordinária nº 5.431 de 29 de dezembro de 2004 da deputada estadual Flora Izabel do Partido dos Trabalhadores se dirige às sanções administrativas a serem aplicadas à discriminação em razão da identidade de gênero. Em seu artigo 5 afirma que a travesti ou transexual que for vítima de atos discriminatórios ou vexatórios poderá apresentar sua denúncia pessoalmente ou por carta, telegrama, telex ou via internet ao órgão estadual competente e/ou as organizações não-governamentais de defesa da cidadania e direitos humanos, garantindo ainda no § 1º o sigilo do denunciante. O artigo 6 elenca as possibilidades de sanções, dentre elas: a advertência, multa, interdição do estabelecimento, suspensão da licença para funcionamento, dentre outras (Lei Ordinária nº 5.431 de 29 de dezembro de 2004).

Fortalecendo esse escopo das jurisdições, especificamente em Teresina, regulamentou-se o artigo 9 da Lei Orgânica do Município, onde qualquer pessoa física/jurídica ou órgãos e entidades da administração pública na jurisdição territorial do próprio município, que por seus agentes, empregados, dirigentes, propaganda ou qualquer outro meio, promovam ou permitam formas de discriminação de pessoas em virtude de orientação sexual, serão aplicadas as sanções previstas em Lei, sem prejuízo de outras de natureza civil ou penal (Lei Orgânica do Município de Teresina).

Categoria 2 – Especialização do cuidado às travestis

“Vocês viram a reportagem de um hospital que “tava” querendo criar uma terceira enfermaria porque as mulheres não estavam querendo aceitar travestis nas enfermarias delas?” (LÍRIO)

O SUS foi construído à base de três princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1990). O serviço de saúde é gratuito e para todos, sem qualquer acepção de acesso, isto é, integra um sistema universal. É integral, pois oferece serviços em várias dimensões do cuidado, a partir da ampliação e expansão das diferentes formas de atendimento, seja individual ou coletiva. E em sua legitimidade

é equânime, já que permite a oferta de serviços para diminuir as desigualdades de acordo com as vulnerabilidades de cada sujeito, priorizando o acesso para diferentes segmentos dentro do SUS.

E será que as diferentes vulnerabilidades da população LGBT são acolhidas no SUS? Logo, a provocação feita pelo princípio da equidade, desafia as travestis no intuito de serem percebidas por meio das suas singularidades, e que ao mesmo tempo incita uma (in)formação no campo da políticas afirmativas de acesso para que valorizem sua inclusão e proteção no SUS. Com isso, os autores acordam consensualmente que é necessário o enfrentamento da travestifobia nos serviços de saúde, sendo esta uma estratégia basilar na garantia do acesso dessa população (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012; LIONÇO, 2008; PELÚCIO, 2007).

A produção social das travestis é percebida também pelo Ministério da Saúde que reconhece a identidade de gênero como determinante e condicionante da situação de saúde, não só por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por favorecer a exposição desses sujeitos a agravos decorrentes do estigma e da própria exclusão social (BRASIL, 2013b). Nesse sentido, estratégias têm sido adotadas para diminuir os efeitos dessa exclusão, melhorar a qualidade da assistência e fortalecer o vínculo de cuidado especialmente com o grupo das travestis.

Dentre elas, a Secretaria do Estadual de Saúde de São Paulo despontou em 2009 com a criação do primeiro ambulatório especializado para atender às demandas específicas de travestis e transexuais (femininas e masculinos), e que segundo Gianna (2011), teve o intuito de contribuir para a integralidade no cuidado, a humanização da atenção, e a promoção de um atendimento sem discriminação.

O serviço é formado por equipe multiprofissional (médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e fonoaudiólogos) e oferece os seguintes serviços: acolhimento; aconselhamento (adoção de medidas de autocuidado, redução de danos em relação à hormonioterapia, uso de silicone); avaliação proctológica, urológica, ginecológica, endocrinológica, de clínica geral e em saúde mental; psicoterapia individual e em grupo; e atendimento social (GIANNA, 2011).

Algumas falas denotam a importância da criação desses espaços e descrevem cenas vexatórias vivenciadas por travestis no SUS ao procurarem um médico proctologista, no caso de Girassol, e um urologista, no exemplo de Lírio.

Eu até falei com uma amiga pra ela marcar um proctologista pra mim, mas como é que eu vou chegar, uma mulher, pra ir no médico que é de homem? Ai ela ficou sem me responder, eu pra quebrar o gelo disse a ela que eu não queria exame de sangue, queria a dedada, só pra descontraír. (GIRASSOL)

Aí elas ficaram sem entender porque eu ia era pro urologista, foi um sacrifício pra elas entenderem que não era pra lá que eu ia, mas eu não disse que era, fiquei caladinha, peguei minha bolsa e entrei no urologista. Entendeu? (LÍRIO)

Neste contexto, percebe-se a partir dos relatos que a criação de um ambulatório especializado para atender às demandas específicas de travestis é uma proposta que pode minimizar as desigualdades, especialmente para esse segmento, conforme afirmam Lírio, Rosa e Girassol.

Gente, pois eu não acho preconceito ter uma ala só pra travestis ou um banheiro pras travestis. Eu não acho. (LÍRIO)

Mas eu estou falando justamente disso, que partisse do Ministério da Saúde, pra tirar esse constrangimento da gente, devia criar um serviço pra gente. (ROSA)

Inclusive quando mostro o cartão do SUS, as próprias atendentes as vezes chegam a duvidar, “isso tem validade?” eu digo meu amor foi tirada pelo Ministério da Saúde, que veio pra Teresina um dos representantes e eu digo a maioria, não todas porque na época não tinha todas, mas as que estavam presentes foram lá e tiraram a carteirinha do SUS, porque todo mundo agora quando é pra ser atendido na rede pública tem que ter a carteirinha do SUS, se não tiver você não é atendido. Quando a gente chega com o nome social de mulher elas chegam a duvidar da gente. “Isso ai vale?” Eu digo você quer que eu ligue pra televisão, pros direitos humanos? Eu lhe digo já já. (GIRASSOL)

Existem hoje no Brasil seis ambulatórios especializados funcionado nos moldes do criado em São Paulo e todos ligados aos serviços de DST e AIDS, sendo apenas um localizado no Nordeste, na Paraíba, que já é referência nacional. Seguindo esse caminho, o Piauí já possui articulação do movimento social com a Secretaria Estadual

de Saúde para que seja implantado esse tipo de atenção própria para as travestis, no entanto, ainda se encontra em fase de estudo e análise situacional.

Diante a ampliação e ao mesmo tempo delimitação de espaços desses “corpos fabricados”, Pelúcio (2007) questiona que a travestilidade, em sua maioria, associada a centralidade dos valores estéticos-morais, acaba por esvaziar a força das estratégias que de antemão eram de cuidado, sobretudo quando o discurso não se faz acompanhar de uma política que possa atender às demandas efetivas das travestis no que se refere à segurança, cidadania e principalmente à saúde.

E especialmente no campo da saúde, há um consenso que os serviços têm buscado melhorias e qualificações para o acolhimento das travestis (GIANNA, 2011), contudo, esse novos espaços de diálogo, como os serviços especializados, tem apontado para um efeito perverso, isto é, o confinamento de travestis a unidades especializadas em DST e AIDS. Dessa forma, há um condicionamento clássico dos problemas de saúde às questão de DST e AIDS. Uma travesti do movimento social de São Paulo questionou: Se eu tiver uma dor de estômago faço o quê? Tomo duas camisinhas? (PELÚCIO, 2007).

A indagação acima citada por Pelúcio tenciona reflexões na condução dessa organização nos serviços e também no investimento moral atrelado a estes movimentos de inclusão/exclusão. Não se defende apenas e construção de uma rede com dispositivos prontos para atender as demandas das travestis, mas também, qualificação e possibilidade de reorganização da rede em geral, e que esta garanta o acesso universal, não uma reprodução machista e patriarcal de segregação de espaços.

A criação de serviços específicos como proposto pelas travestis ao longo do grupo focal, é uma estratégia importante para legitimar a garantia do acesso ao SUS e permitir uma especialização mais qualificada do cuidado, já que muitas delas têm “entrado pelas portas dos fundos nos hospitais” ou buscado os serviços clandestinos de modificação corporal, como as bombadeiras ou a automedicação, e os riscos atrelados a esse comportamento podem gerar consequências irreparáveis em seus corpos. Contudo, a fabricação de seus corpos pode (ou não) engendrar invisibilidades na sociedade, em meio a mecanismos de se tornarem inteligíveis.

V.IV. Grupo focal com as mulheres transexuais

O grupo focal realizado com cinco mulheres transexuais ocorreu em apenas um encontro, num espaço de militância localizado no centro da cidade de Teresina. Com duração de 1 hora, reuniu participantes de uma organização do movimento social pelos direitos das pessoas transexuais.

O encontro aconteceu como planejado e trouxe à tona reflexões e vivências relacionadas à transexualidade em interface com os serviços de saúde, onde as próprias participantes expressaram um discurso catártico acerca das violações de uma saúde teoricamente equânime, reivindicando seus direitos e relatando trilhas de seus (des)caminhos no SUS.

Na pesquisa, com o objetivo de preservar a identidade dos sujeitos, as transexuais receberam nomes de cores que compõem o arco-íris. A adoção dos nomes fictícios associados às cores foi uma estratégia utilizada para fazer menção ao grande símbolo da comunidade LGBT: o arco-íris.

Esse símbolo surgiu como uma forma de discutir questões de gênero nos grupos militantes que se organizaram por volta dos anos 80 e foi através dessas discussões que o uso generalizado da bandeira arco-íris nas manifestações começou a ser reconhecido mundialmente como o símbolo da comunidade LGBT. A sua versão atual tem seis cores diferentes: vermelho, laranja, amarelo, verde, azul e violeta. As cores representam vida, poder, luz, natureza, arte e espírito, respectivamente (GDE, 2009).

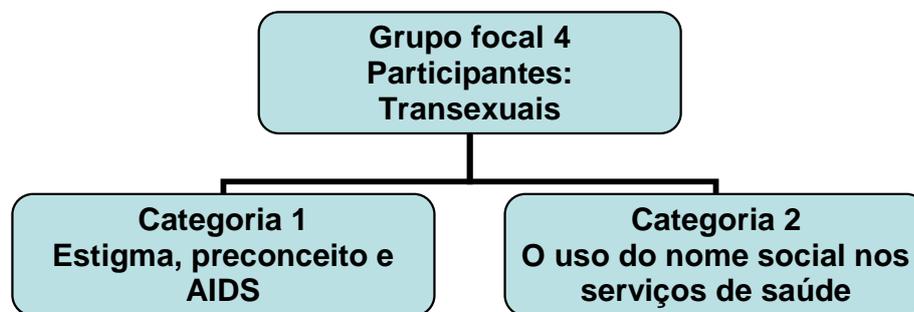
Cada representação expressa na bandeira traz o significado da luta pela garantia dos direitos: direito de viver, se expressar, participar de associações políticas, ter educação, lazer, saúde, enfim, exercer a cidadania. Dessa forma, as cinco participantes foram nominadas em cores: Vermelho, Amarelo, Azul, Violeta e Laranja.

Quadro 4: Participantes segundo nomes fictícios, idade, escolaridade e raça/cor.
Grupo focal 4.

Nome	Idade	Escolaridade	Raça/Cor
Vermelho	42 anos	Ensino Médio	Negra
Amarelo	35 anos	Ensino Médio	Parda
Azul	35 anos	Ensino Superior	Negra
Violeta	33 anos	Ensino Médio	Parda
Laranja	26 anos	Ensino Médio	Branca

Por meio da análise qualitativa do material transcrito, duas categorias se tornaram evidentes ao longo do grupo focal, pois foram abordadas com mais frequência e em maior destaque. As categorias temáticas foram explanadas e discutidas nesse debate contextual da pesquisa.

Ilustração 4: Categorias temáticas – Grupo focal 4.



Categoria 1 - Estigma, preconceito e AIDS

“Ele mandou para o médico fazer dez vezes o meu exame de sangue.” (VERMELHO)

O recorte do discurso de Vermelho evidencia a relação simbólica entre o a AIDS e a transexualidade, que em si, deu título a essa categoria. O afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde dialoga com acesso a esses serviços, que parecem ser

dificultados pelo estigma gerado a partir da identidade de gênero. A relação foi percebida por volta da década de 80, onde detectou-se que os maiores índices de contaminação do HIV atingiam pessoas que mantinham práticas homossexuais (FACCHINI, 2005). Desde então, conhecida pela sociedade como “peste gay”, parece ressurgir no cenário do atendimento nos diferentes serviços de saúde, conforme exposto nas falas abaixo:

A primeira coisa quando você entra no hospital, a primeira setazinha que vem sobre você, você sente logo: é HIV, é soropositivo (...) Eu vejo assim, que a trans não pode ficar doente e ir para a rede pública, não pode ir para o médico porque as pessoas ficam em pânico. **Como tratar esse bicho, esse animal? Será que ela tá com a vaca louca?** [grifo do autor] (VERMELHO)

Quando eu cheguei lá, o médico colocou os exames de rotina, sangue, fezes e urina. Pronto! (...) depois a atendente olhou para mim e disse: me diz uma coisa, tu não quer fazer outros exames não? Assim, numa boa, entendeu? Eu disse assim: Ah, pode fazer mais? Ela disse: pode. Eu vou colocar aqui para ti todos - doze exames que usavam sangue. Era sangue, era o hemograma normal, aí colocou HIV, colocou sífilis. (VIOLETA)

Vermelho e Violeta narraram relatos vivos de um movimento opressor diante um processo eminentemente de cuidado que é a saúde. Nos exemplos, o adoecimento foi caracterizado como mais que um mal-estar do sujeito, como uma revitimização do seu ser social, um desejo atravessado, configurado pela condição *sine qua non* da própria identidade de gênero.

Basta ratifica que “(...) a doença ficou conhecida e ligada a imunodeficiência das pessoas com práticas homossexuais apontando para o pesado e forte estigma social, o preconceito e a discriminação” (BASTA, 2006, p.24). Tamanha repercussão social acerca da doença, na época, tem se mostrado ainda nos dias atuais, gerando medo, pânico, e criando uma espécie de “atmosfera” negativa sobre a população LGBT.

E assim, deste então, esse discurso higienista e burguês segue na mídia, no imaginário da população, e principalmente, nos serviços de saúde. O cenário da AIDS segundo o Boletim Epidemiológico de 2014 (BRASIL, 2014) apresenta as informações e análises sobre os casos de HIV e AIDS no Brasil, onde estima-se que aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com a doença no ano de 2014,

correspondendo a uma prevalência de 0,4%, e com isso, apesar da tendência de estabilização do número de pessoas vivendo com o vírus, o Ministério da Saúde registrou um aumento de sua incidência.

Os dados em si geram um perfil epidemiológico e quantitativo do país, e também por regiões, contudo, o foco no alarde e no referenciado aumento dos casos, gera repercussões diretas nas pessoas que primeiro foram associadas à doenças: a população LGBT. O grande impacto da doença incita uma reflexão maior sobre as representações sociais e culturais da AIDS bem como seus condicionantes de saúde, já que hoje tornou-se uma doença, que de fato, não delimita raça, classe e principalmente gênero.

Vermelho, que repetiu o exame de sorologia dez vezes, mostra o sofrimento que passou quando, ao procurar o serviço de saúde, esperava acolhimento e cuidado, e ao ter seu direito negado, seu sofrimento transformou-se em resistências e defesas que a distancia dos serviços de saúde, conforme declara abaixo juntamente com Laranja.

Quando eu cheguei em casa, eu tomei uma decisão séria: Não, gente, médico nunca mais, só em caso de morte mesmo. Mas se tiver um jeito caseiro, um santa cruz dos milagres, para eu fazer mesmo minha cirurgia, eu faço. E eu até acabei fazendo uma cirurgia, entendeu. Acabei fazendo o procedimento caseiro em casa, tipo um dreno, fiz uma cirurgia em mim. Eu mesmo me anestesiiei e tirei o problema. Assim, por não querer servir mais de chacota, de palhaçada para eles. (VERMELHO)

Não, eu vou, assim, em último caso. Só vou mesmo quando é para marcar consulta pra mamãe e só. De rotina mesmo eu não vou no médico não (...) Eu acho, sei lá, eu odeio hospital. (LARANJA)

Para as transexuais, os serviços de saúde funcionam como equipamentos sociais importantes no Processo Transexualizador, que, desde 2008 foi sancionado pela Portaria nº 1.707 do Ministério da Saúde com o intuito de melhor regulamentar suas diretrizes no âmbito do SUS. O processo inclui estratégias de saúde utilizadas para transformação do fenótipo masculino para feminino, no caso das mulheres transexuais. São ações importantes para a garantia do direito à saúde dessas pessoas inscritas na passagem para a vivência social no gênero diferente do seu sexo de nascimento (LIONÇO, 2009).

No Brasil são apenas quatro hospitais credenciados para essa prática e atualmente funcionando em superlotação. Nessa situação, Sampaio (2008) discute que a única forma de prover os recursos materiais para as mudanças corporais e hormonioterapia caseira tem sido a prostituição, outras vezes como fonte de renda para posterior migração almejando os grandes centros urbanos que oferecem esse serviço. Destarte, as tentativas de acesso aos serviços de saúde têm sido agregadas a um conjunto de estigmas, constrangimentos e associações entre a AIDS, o profissional do sexo e a transexualidade.

Pelúcio (2001) destaca ainda que a referência à patologia e ao desvio sexual, junto ao foco de holofotes de prevenção as DST, as quais teorizam uma cidadanização, trata-se na verdade de um modelo que se esvai: sai o “c” e entra o “s”, pois o que se busca de fato é torná-las “SIDAdanizadas”, numa alusão à SIDA/AIDS, que diz respeito não somente à divulgação de informações sobre a doença, mas almejam a mudança de comportamento, sem considerar os determinantes sociais desse segmento.

E assim, a internalização e a formação das resistências frente a esses obstáculos deixaram sequelas emocionais na história de vida dessas mulheres transexuais que representam milhares de outras que tentam acesso ao serviço de saúde e esperam minimamente qualidade no atendimento. Nos recortes dos discursos citados, a precariedade no vínculo proporcionam caos, desordem e desestabilidade para o serviço e principalmente, para a construção do sujeito enquanto ser de saúde, isto é, de vida.

Categoria 2 – O uso do nome social nos serviços de saúde

“A mulher teve que ligar para Brasília para saber se realmente era possível que meu nome na guia da marcação do exame viesse com o nome social.” (AMARELO)

A apresentação da categoria se inicia com a fala Amarelo que ao problematizar as questões relacionadas ao seu nome e a efetividade de seu uso no SUS permite a reflexão mais aprofundada sobre o nome social, que segundo Romano (2008), refere-se àquele pelo qual as pessoas transexuais se reconhecem e se identificam em seu

convívio com a sociedade, destacando a garantia do seu uso enquanto direito adquirido.

Nesse sentido, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009) por meio da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, reiteram o direito das mulheres transexuais serem respeitadas em seu nome social, conforme abaixo:

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter **atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação** [grifo do autor], restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, **orientação sexual, identidade de gênero** [grifo do autor], condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe: I - Identificação pelo nome e sobrenome civil, **devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social** [grifo do autor], independente do registro civil sendo **assegurado o uso do nome de preferência** [grifo do autor], não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2009, p.11).

A Carta legaliza o uso do nome social nos diferentes serviços de saúde da rede. Ainda nesse sentido, em 2011, sob o governo do prefeito municipal de Teresina Elmano Férrer de Almeida, foi sancionado o Decreto de nº 11.258. O documento dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de travestis e transexuais nos registros municipais relativos a serviços públicos, como formulários, prontuários, fichas, dentre outros. Outro destaque se faz para a Lei Estadual Ordinária nº 5.916 de 10 de novembro de 2009 que coaduna com o propósito de identificação das travestis e transexuais por meio do nome social, sendo o Piauí, o primeiro Estado a regulamentar essa identificação.

Nesse sentido, percebe-se que o Piauí se encontra fortalecido em políticas afirmativas que garantem o direito das travestis e transexuais usarem o nome pelo qual se reconhecem. Não obstante, não é o que se percebe na realidade relatada nos discursos abaixo:

Elas não vão para esses espaços de saúde porque elas não se sentem acolhidas lá. Pelo menos eu evito ao máximo, porque eu sei que vai ter discussão de nome social e eu vou ter que dizer o que é identidade de gênero para o médico, para a atendente. Então é um espaço de conflito. Então a gente evita ao máximo. (AMARELO)

Eu acho que o problema maior é a questão do nome mesmo, a questão da carteirinha social. (AZUL)

Percebeu-se que todas as mulheres transexuais relataram dificuldades enfrentadas quanto à utilização do nome social nos serviços de saúde por parte dos profissionais e/ou atendentes de consultório. No momento destas falas havia um enorme envolvimento em querer defender arduamente o uso do nome social, trazendo fatos, dados e leis. Elas discutiam o tema com propriedade e engajamento, conforme cita Amarelo:

É uma lei, tudo e tal, aí eu tenho que explicar, porque não é socializado lá dentro do espaço, embora tenha a portaria número 1.820 do SUS, que garante isso, tem o cartão de nome social, tem a lei do nome social no Estado, tem o Decreto Municipal, a carteira de nome social expedida pela SASC e uma Nota Técnica da própria Fundação Hospitalar reforçando tudo isso, mas ainda assim o profissional tem essa resistência, de estar lhe respeitando enquanto identidade feminina. (AMARELO)

O uso do nome social na rede de saúde tornou-se uma “ponte” para a promoção do acesso a estes serviços que foi beneficiado diretamente pelas mulheres transexuais, que representam a identidade feminina. Contudo, essas fragilidades no acesso, a começar pelo acolhimento, geram condicionantes de exclusão, e essa precariedade no atendimento dificulta a relação do usuário com o sistema, o que foi abordado na fala seguinte:

Outra vez no posto de saúde eles fizeram chamada nominal com meu nome masculino. Eu fiquei tão constrangida, mas tão constrangida que nem voltei mais lá (...) agora eu não, eu não vou, assim, em último caso. (LARANJA)

Quando a travesti ou transexual vai ao serviço de saúde e apresenta um documento que não condiz com a sua identidade de gênero, ela se sente constrangida, negligenciada, e pode até deixar de buscar novamente o serviço de saúde, o que aponta para a necessidade no avanço da democratização dos direitos humanos, por meio do reconhecimento das várias possibilidades de exercício da sexualidade (LIONÇO, 2008; MORAES, 2015).

A censura é algo constante nas questões relacionadas à expressão sexual, e por isso, segundo Foucault (1988), a sexualidade deve ser vista na ótica das relações humanas. Entretanto, porque tanta luta pelo uso do nome social? Não é apenas o nome, mas ele reitera um conjunto de sentidos e significados da mudança de um sujeito inscrito no mundo masculino, que hoje se apresenta em essência feminina, e por isso, respeitar o uso do nome social, o nome pelo qual escolheram, se faz como um novo batismo, com respeito ao processo de feminilização e especialmente sua identidade.

CAPÍTULO VI

Considerações finais

O mundo contemporâneo em que vive a sociedade é segmentado de limites, imposições, padronizações e patologizações da sexualidade humana, em que as relações de saber e poder ditam desejos, afetividades, corpos, sexos e gêneros. E para àqueles que não se enquadram à norma, ao esperado pelo social, aqui associado pela população LGBT, vivenciam inúmeras violações de direitos, dentre eles, no âmbito do SUS.

Considerando o cenário de iniquidades, desigualdades e violências no campo da saúde, o estudo trouxe vivências e reflexões da população LGBT nas suas condições de acesso aos serviços de saúde, nas dimensões do acolhimento, da humanização e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS - que é sistema universal, integral e equânime, além de constitucionalmente um direito fundamental de cada cidadão.

Desta forma, foram enfatizadas as necessidades em saúde de cada segmento, os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a cada letra da sigla LGBT: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; tendo como centralizador do debate o SUS enquanto equipamento ético-político privilegiado, capaz de combater as diferentes formas de violações dos direitos humanos.

Postos os desafios que envolvem profissionais de saúde, usuários, movimentos sociais, gestores, dentre outros atores, em 2011, a orientação sexual e/ou identidade de gênero foram reconhecidas funcionalmente como determinantes sociais em saúde, e que foram melhor articuladas na Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, que por meio de uma reorientação teve o objetivo de diminuir as desigualdades sociais que a população LGBT enfrenta diariamente seja na atenção básica ou nas redes integradas.

As mulheres lésbicas que participaram da pesquisa trouxeram o exame ginecológico como um complicador diante o acesso aos serviços especializados, já que muitas vezes, segue um roteiro heterossexual que não as permitem expor sua orientação, suas práticas sexuais e seus hábitos de vida. E para que se tenha acessibilidade de qualidade aos procedimentos ginecológicos, estas preferem buscar os serviços particulares.

Essas mesmas estratégias foram utilizadas por algumas travestis e mulheres transexuais, que diante as práticas de alterações corporais, e por necessitarem mais

intensamente dos serviços de saúde, se sentem revitimizadas pela condição de patologia e doença, e diante o provento oriundo da prostituição, em sua maioria, preferem aderir à rede particular.

Ao comparar as relações entre o público e privado na saúde, percebe-se as inúmeras fragilidades do acesso universal ao SUS aliadas com a perda da qualidade dessa assistência pública, e que por sua vez, tem gerado uma migração “forçada” de acesso à saúde de qualidade nos serviços privados, e que conseqüentemente tem gerado a expansão dessa assistência suplementar. E esse jogo de forças entre o público e o privado tem direcionado para um SUS cada vez mais fragmentado e desigual, funcionando sob uma lógica segregadora e capitalista vivenciada pelas travestis.

Como isso, para àquelas que não possuem condições mínimas de custearem os gastos com a saúde privada, aderem aos serviços clandestinos através das “travestis bombadeiras”, ou por meio de práticas de automedicação de hormônios ou de maneira cirúrgica-caseira, que podem trazer inúmeras sequelas à saúde em geral. As mulheres transexuais problematizaram também a relevância da desvinculação da transexualidade em relação à AIDS, o que também foi apontado pelos usuários gays, destacando a necessidade de visibilidade da orientação sexual e/ou identidade de gênero para além da doença.

Todavia, o próprio Ministério da Saúde tem colocado a população LGBT num lugar de destaque dentro das ações de DST e AIDS. Inclusive, criando ambulatórios específicos para travestis e transexuais a fim de facilitar o acesso ao SUS, por compreenderem quem são os grupos de LGBT que mais sofrem violações sociais, e por reivindicarem atendimentos específicos. Acontece que muitos desses serviços ambulatoriais funcionam vinculados aos serviços de DST e AIDS.

Para tanto, foi sinalizada em todos os grupos focais que para a efetivação do SUS, é importante a relação horizontal de vínculos, acolhimento e proximidade do profissional de saúde com as especificidades historicamente emudecidas na população LGBT, e que compõem cada grupo, e especificamente, cada sujeito.

O acolhimento, como porta de entrada para o acesso funcional, foi debatido no grupo de gays, ao questionarem os entraves maiores para o gay que é afeminado.

Estes, por sua vez, se submetem à heterossexualidade institucional forçada, em que para serem atendidos preferem não “sair do armário”, para assim não ser motivo de chacota e ter seu atendimento efetivado.

Percebe-se, assim, que para os gays que apresentam em si os marcadores do feminino, foram a eles observados um caráter de subserviência e inferioridade, e essa reprodução é frequente nas unidades hospitalares, nas unidades básicas de saúde, postos de pronto atendimento, dentre outros. Com isso, os serviços de saúde têm trabalhado ainda à lógica de uma governabilidade imposta sobre o gay afeminado e seus processos de subjetivação.

Os participantes gays discorreram também sobre as concepções de virilidade e masculinidade que os afastam dos serviços de saúde, ou os protegem como uma auto-estigmatização, já que conhecedores do preconceito preferem se distanciar e romper laços importantes com o sistema de saúde.

O diálogo empoderado das mulheres transexuais trouxeram as estratégias de visibilidade, de luta pelos direitos humanos, e especialmente para a garantia do uso do nome social nos serviços de saúde em Teresina. Esse diálogo tem ganhado força pela reivindicação também do grupo de travestis, que por não serem reconhecidas pela sua identidade, preferem não acessarem a rede de saúde, apenas em casos extremos.

Ressalta-se que a ESF, dentro da Saúde Coletiva, surgiu para diminuir os casos de superlotação nas unidades hospitalares e principalmente para estreitar os elos com a comunidade em sua atuação através da promoção e prevenção em saúde. Esses dispositivos estão próximos da população, acolhem as comunidades, interferem de maneira a cuidar dos sujeitos, não obstante, sua amplitude comunitária ainda tem sido alocada no padrão heteronormativo, permeados de estigmas.

Nesse sentido, dentre as ações previstas na Política LGBT, encontra-se a educação permanente como uma estratégia de qualificar todos os atores sociais para a sensibilização da temática, sejam eles profissionais, gestores, conselheiros e todos os outros que ainda operam numa saúde clássica, reproduzindo violência institucional, fortalecendo preconceitos, restringindo o acesso e servindo à comunidade de forma pouca qualificada e sem resolutividade.

Com esse diálogo, se faz preciso questionar como as unidades de saúde têm operacionalizado a Política da Mulher, a Política do Homem, e como essas englobam os LGBT? Quais concepções de gênero são perpetuadas pelo Estado? Qual o público alvo nas ações comunitárias? A Política LGBT surgiu dessa fragilidade, como uma proposta de mudança nas relações de poder, para subverter a alteridade, mas que também pode engendrar outras formas de legitimar a sexualidade e sua relação nos espaços públicos, como no SUS.

Ao fim, destaca-se a necessidade de mais integração entre os diversos segmentos e serviços de saúde, a fim de que planos e programas se tornem instrumentos efetivos de promoção de cidadania e direitos humanos, do contrário, corre-se o risco do rompimento com essa população. Simplificar os serviços de modo a deixá-los mais acessíveis a qualquer indivíduo pode tornar a Política LGBT, ou as demais, exequíveis e com possibilidade de grande alcance populacional. No entanto, essas lutas já perduraram por décadas, com tímidos progressos e com índices de violências cada vez maiores em razão da orientação sexual e/ou identidade de gênero.

ADAMI, N. P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, p. 53-67, July 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691993000200005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: <12 ago. 2015>.

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP; Rio de Janeiro: Ministério da Saúde – Fiocruz, 2009. Dissertação de Mestrado, 99p.

ALBUQUERQUE, G. A. et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <10 nov. 2015>.

ALÓS, A. P. **Prolegomena queer: gênero e sexualidade nos estudos literários**. Cadernos de Letras da UFF – Dossiê: Linguagens em diálogo n. 42, p. 199-217, 2011.

ALVES, M.F.P. Sexualidade e prevenção de DST/AIDS: representações sociais de homens rurais de um município da zona da mata pernambucana, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.2, p.429-39, 2003.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, n.36, p. 1-10, 1995.

ASSIS, M. M. A. et al. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 815-823, 2003.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <14 nov. 2015>.

AYRES, J. R.C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: ed. 70, 1997.

BARRETO, A.; ARAÚJO, L.; PEREIRA, M. E. **Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em Gênero, Orientação Sexual e Relações Étnico-Raciais**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM, 2009.

BASTA, P C. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 20. Rio de Janeiro. Fevereiro. 2006.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BERTOLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990, Seção 1, p. 18.055.

_____. Ministério da Justiça. **Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH 2**. Brasília, 2002.

_____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia**: programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Políticas atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **Portaria GM n. 675, de 30 de março de 2006**. Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n ° 1.707**, de 18 de agosto. Instituição no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html> Acesso em: <19 mar. 2015>.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. **Portaria 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 14 de agosto de agosto de 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: <15 ago. 2015>.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: **Diário Oficial da União**, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 1. ed., 1. reimp., 2013b.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, Set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: < 08 ago. 2015>.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CERQUEIRA-SANTOS et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia** - 2010, v. 44, n. 2, pp. 235-245. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04424.pdf>> Acesso em: <13 jul. 2015>.

Comitê Brasileiro de Registros Ornitológicos (CBRO). 2006. Listas das aves do Brasil. Versão 15/7/2006. Disponível em: <<http://www.cbro.org.br>>. Acesso em: < 08 dez. 2015>.

COELHO, L. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, n. 4, maio 2001. Disponível em: <<http://tesseract.sites.uol.com.br>>. Acesso em: < 20 ago. 2015>.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 001/99**. Brasília, DF: CFP, 1999. Disponível em: <www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao1999_1.pdf>. Acesso em: <16 ago. 2015>.

COSTA, J. F. **A inocência e o vício: estudos sobre o homoerotismo**. Rio de Janeiro: Relume. Dumará, 1992.

Decreto nº 11.258 de 13/05/2011. Dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais nos registros municipais relativos a serviços públicos prestados no âmbito da Administração Pública Municipal Direta e Indireta, conforme especifica. Publicado no DOM em 13 mai. 2011.

DESLAURIERS J-P. **Recherche qualitative; guide pratique**. Québec (Ca): McGrawHill, Éditeurs, 1991.

DOMINGOS, S. R. F.; MADEIRA, A. M. F. A consulta genecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva. **REME – Rev. Min. Enf**, v. 8, n 4, p . 442-448, out/dez, 2004. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/bde-13774>>. Acesso em: <13 dez. 2015>.

DONABEDIAN, A. An introduction to quality assurance in health care. **New York: Oxford University Press**. 2003.

FACCHINI, R. **Sopa de Letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. São Paulo: Garamond, 2005.

_____. Mulheres, (homos)sexualidade e diferenças: uma reflexão sobre políticas públicas segmentadas. **26ª Reunião Brasileira de Antropologia**, junho de 2008, Porto Seguro (BA).

FACCHINI, R.; BARBOSA R. M. **Dossiê: Saúde das Mulheres Lésbicas promoção da equidade e da integralidade**. Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: 2006.

FERRAZ, E. M. O caos no atendimento do sistema único de saúde. **Rev. Col. Bras. Cir.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 280-281, Oct. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000500001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <10 ago. 2015>.

FOUCAULT, M. História da sexualidade I: **A vontade de saber**. 11ª ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FURLANI, J. **Mitos e tabus da sexualidade humana: subsídios ao trabalho em educação sexual**. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

GDE: Gênero e Diversidade na Escola. Ministério da Educação, UFPA, 2009.

GREEN, James. **Além do carnaval: A homossexualidade masculina no Brasil do século XX**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

GRUPO GAY DA BAHIA (GGB). **Assassinato de Homossexuais (LGBT) no Brasil: Relatório 2011/2012**. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-2011-1>> Acesso em: <29 mar. 2015>.

_____. **Assassinato de Homossexuais (LGBT) no Brasil:** Relatório 2014/2015. Disponível em: <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2015/01/relatc3b3rio-2014s.pdf>> Acesso em: <29 mar. 2015>.

GIANNA, M. C. CRT DST/Aids-SP implanta primeiro ambulatório para travestis e transexuais do país. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 13, n. 2, oct. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122011000200013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: <13 nov. 2015>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

HALBE, H. W. et al. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo, Roca Ltda, 2000.

JUNG, C. G. **Ab-reação, Análise dos Sonhos, Transferência**. Petrópolis: Vozes, 1990, vol. XVI/2.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, mar. 2001. Disponível em: <<http://raladolec.bvs.br/scielo>>. Acesso em: <15 abr. 2010>.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&p>. Acesso em: <18 abr. 2010>.

Lei Ordinária nº 5.431 de 29 de dezembro de 2004. Dispõe sobre as sanções administrativas a serem aplicadas à prática de discriminação em razão de orientação sexual e dá outras providências. Governo do Estado do Piauí.

Lei Estadual Ordinária nº 5.916 de 10 de novembro de 2009. Assegura às pessoas travestis e transexuais a identificação pelo nome social em documentos de prestação de serviço quando atendidas nos órgãos da Administração Pública direta e indireta e dá outras providências.

Lei Orgânica do Município nº 019 de 22 de novembro de 2011. Republicada no Diário Oficial do Município nº 1.433-B, de 28 de dezembro de 2011.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <09 jun. 2015>.

_____. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <10 fev. 2015>.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**: uma perspectiva pós-estruturalista. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc. estado.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <10 fev. 2015>.

MERHY, E. E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In:

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <12 fev. 2015>.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MORAES, A. N. D. As travestis, o não uso do nome social na Atenção Primária à Saúde e a Educação Popular como possibilidade de mudança. **Anais Gênero e Sexualidade XI** - (2015) - Volume 1, Número 1, ISSN 2177-4781.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado!'. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 01-14, Junho, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512008000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: < 23 ago. 2015>.

NEVES, E. M. Reflexões sobre corpo, gênero e sexualidade: um esboço antropológico. **Ciências Humanas em Revista** - São Luís, v. 4, número especial, junho 2006.

NICHOLSON, L. Interpretando o Gênero. **Revista de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 2 p. 9-42, 2000.

OLIVEIRA, M. J. I.; SANTO, E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v.2 n.2 jan/jun 2013. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/219>> Acesso em: <15 fev. 2015>.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PELÚCIO, L.. Eu me cuido, mona: saúde, gênero e corporalidade entre travestis que se prostituem. In: **Anais do Seminário Homofobia, Identidades e Cidadania LGBTT**, Florianópolis, 2007.

_____. Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 1, p. 76-85, Mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <30 set. 2015>.

PEREIRA, H; LEAL, I. P. A identidade (homo)sexual e os seus determinantes: implicações para a saúde. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 23, p. 315-322, 2005.

PORTELLA, A. P.; FERREIRA, V. Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados de Pesquisa Direitos Sexuais e Necessidades de Saúde de Lésbicas e Mulheres Bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS. Recife: **SOS Corpo**, 2009.

RABELO, L. R. **A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais - Hab. Antropologia) - Universidade de Brasília.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 17, p. 101-125, June 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832002000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <15 dez. 2015>.

ROMANO, V. F. As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, June 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <10 nov. 2015>.

SAMPAIO, J. O. Redes sociais engendradas: notas sobre o caráter associativo entre os travestis em São Luis, Maranhão. **Fazendo Gênero – Corpo, Violência e Poder**, nº 8, p. 1-7, 2008.

SANTOS, A. S. Problematizando o acesso e acolhimento de travestis e mulheres transexuais nos serviços de saúde. **III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades** - 15 a 17 de Maio de 2013 - Universidade do Estado da Bahia – Salvador – BA.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, n. 16 (2), p. 5-22, jul/dez, 1990.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <23 nov. 2015>.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: <12 fev. 2015>.

TENTONI, A. T.; CARRI, C. A Origem das flores. São Paulo: Omara, 1998.

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.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

VILLAR, G. B. **Gênero, cuidado e saúde**: estudo entre homens usuários da atenção primária em São Paulo. 2007. 191 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Fundação de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-20062007-162247/pt-br.php>>. Acesso em: <27 mar. 2010>.

VILELA, W.V.; DORETO, D.T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.11, p.2467-72, 2006

VILLARINHO, L. et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p.61-7, 2002

WORLD HEALTH ASSOCIATION (WHA). Division of Mental Health. **Qualitative Research for Health Programmes**. Geneva: WHA, 1994.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será através de um grupo em formato de oficina que será gravado e posteriormente transcrito. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 2 horas.

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

APÊNDICE B – Roteiro dos grupos focais

- 1- O que você entende por acesso aos serviços de Saúde?
- 2- Qual sua opinião sobre a forma de ser atendido nos serviços de saúde?
- 3- Como avalia a qualidade do atendimento?
- 4- Como você se sente nos serviços de saúde?
- 5- Em sua opinião, quais são os principais problemas, desafios e conquistas no atendimento nas Unidades de Saúde (Básicas e Especializadas)?
- 6- Como tem sido sua relação com os profissionais de saúde?
- 7- Aqui em Teresina, Piauí e no Brasil, como você vê as condições de saúde das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais?
- 8- Como você gostaria de vê o acesso, a qualidade e o modo de organização das ações e serviços a serem ofertados para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais?
- 9- Como você avalia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT?

ANEXO A – Autorização do CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde.

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25856613.9.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.643

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, vai mapear as dimensões do acesso desta população aos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores. O projeto vai comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral a LGBT, bem como identificar estratégias e redes para a atenção à saúde, acessadas pela população LGBT. Trata-se de pesquisa qualitativa, que utilizará a triangulação de técnicas de coleta de dados, uma vez que há diferentes participantes envolvidos no estudo, o que permitirá ampliar as informações referentes ao objeto da pesquisa. Participarão da pesquisa a população LGBT, gestores locais/municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família. O estudo será de abrangência nacional e contemplará as cinco regiões: no Norte, Belém, Santarém, Macapá e Rio Branco. No Nordeste, Salvador, Feira de Santana,



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 652.613

Vitória da Conquista, Recife; João Pessoa, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Campo Grande, Brasília, Ceilândia, Taguatinga, Sobradinho, Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro, São Paulo, São José do Rio Preto, Belo Horizonte, Uberlândia, Vitória. No Sul, Curitiba; Porto Alegre e Pelotas. A coleta dos dados será realizada por meio de um questionário eletrônico e entrevistas individuais semiestruturadas, a serem aplicadas com os gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das equipes de Saúde da Família, e ainda Grupos Focais com a População LGBT. A análise dos dados será mediada pelo uso dos softwares NVivo9 e Qualiquissoftware do Discurso do Sujeito Coletivo. A estimativa é de 100 participantes, incluindo a população LGBT, profissionais de saúde e gestores. O questionário eletrônico, a ser desenvolvido pelo Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde (CENTEIAS), incluirá questões dirigidas aos gestores do SUS. As entrevistas individuais semiestruturadas, serão aplicadas aos gestores dos municípios, gerentes das Unidades Básicas de Saúde e profissionais das equipes de Saúde da Família. Os Grupos Focais (GF) serão realizados com a População LGBT, com roteiro próprio por grupo de população, e discussões registradas em meio eletrônico (áudio) e, posteriormente, transcritas. Cada grupo contará com uma participação média de seis participantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Específicos:

- (1) Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (2) Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.
- (3) Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.
- (4) Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Embora a pesquisadora informe que não há riscos para os participantes de pesquisa, solicita-se



Continuação do Parecer: 652.613

que verifique o item - Pendências – abaixo.

Benefícios:

Serão beneficiados, com este projeto de pesquisa, a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e os gestores do Sistema Único de Saúde, no âmbito da implantação e institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Dados de pesquisa podem identificar elementos relacionados funcionalmente a processos de sofrimento desta população, decorrentes de discriminação e preconceito, assim como, dados sobre como essas pessoas, cidadãos e cidadãs, promovem e produzem sua saúde e como os serviços de saúde da rede SUS integram este processo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram inseridos os seguintes documentos ao processo: (a) carta de encaminhamento da pesquisadora ao CEP-FS/UnB; (b) projeto de pesquisa com planilha de orçamento, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, e cronograma; (c) Folha de Rosto, assinada pela Diretora da FS/UnB; (d) Termo de Concordância assinado pela Coordenadora de Atenção Básica de Formosa/GO e Gerente de Regional de Saúde do Norte de Formosa/GO; (e) Termo de Responsabilidade e Compromisso de Pesquisa, assinado pela pesquisadora; (f) TCLE; (g) Termo de Autorização para Utilização de Som de Voz para fins de pesquisa; (h) Lattes da pesquisadora responsável pela pesquisa e equipe.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) Solicita-se à pesquisadora que explicita os procedimentos a serem adotados caso as entrevistas, grupos focais ou questionários eletrônicos provoquem eventuais constrangimentos para os participantes de pesquisa.

Resposta: a pesquisadora esclarece que caso a aplicação do questionário provoque qualquer desconforto ou constrangimento ao participante de pesquisa, este será informado sobre a opção de não responder à respectiva questão, ou, ainda, sobre a possibilidade de desistir de participar da pesquisa.



Continuação do Parecer: 662.610

(2) O cronograma de pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora providenciou a atualização.

(3) O projeto de pesquisa também foi submetido ao CEP-SES/DF, com os Termos de Concordância das autoridades de saúde do DF?

Resposta: o projeto não foi submetido ao CEP-SES/DF. No entanto, será submetido à CONEP por se tratar de estudo multicêntrico.

(4) O TCLE deve incluir, além do telefone do CEP-FS/UnB, o e-mail de contato do CEP.

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 19 de Maio de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)