

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
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

FLÁVIA RACHEL NOGUEIRA DE NEGREIROS FREITAS

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DA FORMAÇÃO
MÉDICA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

TERESINA

2016

FLÁVIA RACHEL NOGUEIRA DE NEGREIROS FREITAS

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DA FORMAÇÃO
MÉDICA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa: Ensino na Saúde.
Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.

TERESINA

2016

FLÁVIA RACHEL NOGUEIRA DE NEGREIROS FREITAS

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DA FORMAÇÃO
MÉDICA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.

Orientador

1º Examinador

2º Examinador

Dedico essa dissertação à Sofia, por uma doce convivência que me renova, completa e aflora os sentimentos mais nobres que existem. Toda força que existe em mim vem de você, meu grande amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois eu não seria nada sem a fé que tenho Nele. Ao meu companheiro de vida, planos e sonhos, Danilo, que, com amor e como profissional, me inspira e me encoraja. À Sofia, porque tudo o que me move resulta da sua importância em minha vida. Aos meus pais Valdeci e Dacy, que, com palavras de amor, entusiasmo e orgulho, impulsionam e renovam minhas forças. Ao Prof. Doutor José Ivo, pela forma como orientou o presente estudo, sempre acessível e receptivo, pelas oportunidades ofertadas, pela suavidade das críticas e as precisas sugestões, e, sobretudo, pelo exemplo de sabedoria e humildade que representa. Ao Prof. Me. Fábio Solon, pelo exemplo, leveza, atenção e ensinamentos. Aos amigos Breno Oliveira e Zaira Mesquita, um agradecimento especial, pela amizade sincera e apoio incondicional, que deixaram marcas na minha vida acadêmica e pessoal.

À Prefeitura Municipal de Teresina e aos sujeitos da pesquisa, muito obrigada pelo acolhimento e disponibilidade em contribuir com a saúde da população LGBT.

À Universidade Federal do Piauí, representada pelos docentes e funcionários, agradeço pela possibilidade de crescer e avançar no conhecimento científico e pela oportunidade de dar continuidade a um sonho: Ensinar.

Agradecer não é fácil, não pelo ato em si, mas pelo receio de não fazermos justiça ao esquecermos-nos de alguns daqueles que inspiraram essa trajetória. Os que estão mais próximos serão sempre lembrados. No entanto, há tantos outros que se ofereceram ao diálogo, apoio e incentivo que também merecem nosso sincero agradecimento, mesmo que não sejam explicitamente lembrados.

“Importante não é ver o que ninguém nunca viu, mas, sim, pensar o que ninguém nunca pensou sobre algo que todo mundo vê.”

ARTHUR SCHOPENHAUER

RESUMO

A população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) está inserida em um contexto peculiar com relação ao grau de vulnerabilidade no atendimento de seus direitos essenciais, incluindo a saúde, trazendo desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como sistema universal, integral e equitativo. A implementação de ações direcionadas à melhoria da qualidade do acesso aos serviços e do atendimento básico à saúde é indispensável para garantir a afirmação social e cultural da saúde LGBT. A partir desse pressuposto, a situação-problema deste estudo consiste em: correlacionar as necessidades de saúde dessa população e o modo como são construídas as competências, as habilidades e as atitudes do médico para saúde-doença-cuidado dessa população. A pesquisa teve como objetivo geral analisar a formação médica para assistência à saúde integral da população LGBT, no entendimento do médico do SUS; é de caráter exploratório e descritivo de análise qualitativa, tendo em vista a qualificação do processo de trabalho voltado à atenção à saúde LGBT, sendo considerados sujeitos-chave do estudo 14 médicos vinculados às sete unidades de atenção primária à saúde, eleitas por meio de sorteio simples. Para obtenção das informações referentes à pesquisa, utilizou a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental como instrumentos de coleta de dados. Os resultados evidenciam que a formação médica mostrou-se limitada para responder às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. Não foi possível identificar elementos na formação médica que contribuíram para o cuidado à saúde LGBT, dentro do universo pesquisado.

Palavras-chave: Saúde LGBT. Ensino Médico. Equidade em Saúde. Atuação Profissional.

ABSTRACT

LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender, Queer/Questioning) people are placed in an unusual situation in regards to the vulnerability of their health care and of basic rights. This fact brings challenges for the consolidation of SUS (Brazilian National Health Care System) as a universal, integral and fair system. The implementation of actions with the objective of improving the quality of Access to health services and basic health care is essential in order to ensure social and cultural affirmation of LGBTQ health. Starting from this assumption, the goal of this study is to: correlate the health needs of the LGBTQ population with how doctor's skills, abilities and attitudes towards health-illness care of this population are built. This work's main objective is to analyze medical training to assist the LGBTQ people, in the view of doctors who work for the National Health Care System. We developed this study based on descriptive and exploratory research using a qualitative analysis, regarding the improvement of the work procedures focused on the LGBTQ people's health. This study was developed with the help of fourteen doctors who work at one of the seven primary health care units of the city, and they were selected in a lottery process. To obtain information about their search, we used the semi-structured interviews and documentary research as the main way to collect data. The results show the importance of the implementation of the Health National LGBTQ people policy in the Brazilian National Health System as an effective tool to promote human rights and also to promote a considerable change of the stigmatizing relationship between doctors and the LGBTQ population. The results show that medical training proved to be limited to meet the guidelines of the National Comprehensive Health of LGBT Policy. It was not possible to identify elements in medical training that contributed to the care for LGBTQ health, within the research universe.

Keywords: LGBTQ. LGBTQ people's health. Medical education. Professional performance.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CNCD	Conselho Nacional de Combate à Discriminação
CNE	Conselho Nacional da Educação
DATASUS	Departamento de informática do SUS
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HD	Hospitais-Dia
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESP/UnB	Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
SAE	Serviços Ambulatoriais Especializados
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	16
3	SEXUALIDADE E SUAS EXPRESSÕES	20
4	PROCESSO DE INVISIBILIDADE DA SAÚDE LGBT	22
5	FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES NO ATENDIMENTO LGBT À LUZ DAS DCN	27
5.1	O lugar (in) existente do médico na promoção à saúde LGBT	32
6	METODOLOGIA	34
6.1	Procedimentos técnicos adotados	34
6.2	Campo da pesquisa, universo e sujeitos de investigação	34
6.3	Técnicas e métodos para a coleta de dados	35
6.4	Organização e análise das informações	36
6.5	Aspectos éticos da pesquisa	37
6.6	Apresentação e análises dos dados	37
6.6.1	Acesso LGBT no SUS: reconhecendo exclusões	37
6.6.2	Construção do saber médico-científico para saúde LGBT	41
6.6.3	Delineando fragilidades no cotidiano do atendimento à saúde LGBT	45
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE A – MODELO DE ENTREVISTA APLICADA AOS MÉDICOS	60
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO	62
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	64
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	66

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A partir de um retrato histórico da saúde da população LGBT, verifica-se que, por muitas décadas, essa população foi marginalizada e se manteve esquecida pela sociedade, que a discriminava com o estereótipo da insignificância (DUARTE, 2012).

Essa historicidade apresenta casos em que na Segunda Guerra Mundial, tendo como referência Stearns (2010), lésbicas e gays passaram a ser submetidos a tratamentos, com a finalidade de reverter a sua orientação sexual, pois esta era compreendida como sendo algo antinatural, incomum e anormal, que deveria ser curada de todas as formas, sem deixar nenhum resquício. Em decorrência deste e de outros fatos, houve a morte de muitos homossexuais neste período.

A saúde, de forma geral, sem distinção de classes e categorias discriminatórias, passou a ser um direito garantido a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, como reflexo da luta do Movimento da Reforma Sanitária (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; AMADIGI, 2005; FLEURY, 2000; BRASIL, 1988). No entanto, mesmo diante dessa conquista, o acesso aos serviços de saúde é caracterizado como injusto e excludente para homossexuais (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

O percurso de despatologização da homossexualidade iniciou em 1987, na terceira revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III-R) da Associação Psiquiátrica Americana. As autoras mencionam que o grupo dos transtornos da personalidade foi desmembrado e algumas de suas subdivisões foram retiradas, como os desvios sexuais, que eram definidos nas duas primeiras versões como homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo, exibicionismo, sadismo, masoquismo ou outros desvios sexuais. A Organização Mundial da Saúde (OMS), sensibilizada com a referida causa, retirou a homossexualidade do Código internacional de Doenças (CID) 10 em 1993 (RUSSO; VENÂNCIO, 2006; OMS, 1993).

Posteriormente o Conselho Federal de Psicologia (CFP) na resolução nº 001/99 de 22 de março de 1999 passou a proibir os psicólogos de realizarem atendimentos às pessoas LGBT, com a finalidade de reverter a homossexualidade. A separação entre orientação sexual e patologia rege o posicionamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), que declarou em 2012 que:

A posição do Conselho Federal de Medicina está claramente colocada desde 1985, quando retirou a homossexualidade da condição de desvio sexual; nestas condições acompanha a posição da Assembleia Mundial da Saúde expressa em 1990, bem como a manifestação da Organização Pan-Americana, em 2012, que veio a público se manifestar contra curas para uma doença que não existe (CRM, 2012).

Destarte, ressalta-se que segundo a CF (1988) no art. 194 a saúde não se resume a uma assistência médico-sanitária, e, por isso, deve ser vista de maneira ampliada, levando-se em consideração que é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social fazem parte do Sistema de Seguridade Social e essa consecução representa o comprometimento do Estado com o bem-estar da população (BRASIL, 1988).

Um importante marco nas políticas públicas foi a criação do Brasil Sem Homofobia- Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual em 2004. Foi instituído pelo Conselho Nacional de Combate à Discriminação e teve ampla participação da sociedade, na luta contra a homofobia (BRASIL, 2004a).

Este programa foi um grande dispositivo disparador da busca pela integralidade da saúde dessa população, estabelecendo diretrizes para o combate à violência e à discriminação, além do respeito às especificidades e da promoção da cidadania (BRASIL, 2004a). A publicação de Lionço (2008) torna evidente a preocupação com os processos de discriminação institucionalizados, evidenciando o quanto é desafiador incluir a pauta LGBT em diversas políticas, partindo do pressuposto de que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes na saúde das pessoas.

Destarte, com o propósito de garantir os direitos da população LGTB, foi criada a Política Nacional de Saúde LGBT. Lançada em 2008 seguiu as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República representada pelo Programa Nacional de Direitos Humanos (BRASIL, 2008a).

Recentemente, o Ministério da Saúde, com vistas à superação da problemática ocasionada pela vulnerabilidade e exclusão como causa de dor, sofrimento e morte de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais e até

com caráter educativo, social, de saúde e antidiscriminatório, instituiu, pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Em paralelo, a Resolução nº 2, do dia 6 de dezembro de 2011, estabeleceu estratégias e ações que orientam o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT, considerado um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil, com foco à população LGBT, e um marco histórico de reconhecimento das demandas dessa população. Nessa perspectiva, reitera:

O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Este processo de implementação deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil (BRASIL, 2013, p. 8).

Essa política é um documento que valida e norteia as necessidades e especificidades da população LGBT, em conformidade à premissa de equidade antevista na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A partir de uma abordagem em que se apresenta a AIDS e as DSTs historicamente associadas à procura da população LGBT pelos serviços de saúde, ressalta-se que:

O Ministério da Saúde e a comunidade LGBT esperam ultrapassar esta barreira com a nova política. Porém, a correlação saúde LGBT e prevenção ao HIV/Aids, que foi propagada pelas políticas do Ministério da Saúde, antes mesmo da criação do SUS em 1988, causou, e ainda causa, efeitos negativos na imagem das pessoas LGBT. A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas a redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2010, p. 4).

Embora o direito à saúde da população esteja garantido na Constituição Federal de 1988, foi por meio Política Nacional de Saúde Integral que a população LGBT teve notoriedade no que diz respeito ao direito integral à saúde por parte das

políticas governamentais (VENTURA, 2010).

Universalidade do acesso e a integralidade da atenção são princípios do SUS, instituídos pela Lei Federal Nº. 8.080/90. Esses princípios fazem parte de um ideal ainda distante diante das iniquidades do acesso aos serviços de saúde. É preciso reconhecer a necessidade de ações que proponham reverter à exclusão e a violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais (BRASIL, 1990; LIONÇO, 2008).

Neste sentido, sabe-se que Atenção Básica é reconhecida como porta de acesso aos serviços de saúde, e, por conseguinte, os profissionais que lá atuam devem acolher a população de forma humanizada buscando conhecer suas necessidades e vulnerabilidades específicas (BRASIL, 2009).

No tocante da conduta profissional diante das representações familiares da população LGBT, Sousa *et al.* (2014, p. 72) destaca:

O atendimento às famílias homoafetivas de forma acolhedora, humanizada e eficiente requer mudanças. Porém, este processo de transformação não é tarefa fácil diante de uma sociedade onde o padrão heterossexual é hegemônico e influencia a conduta profissional para uma prática e assistência baseada em preconceito e discriminação em relação às pessoas que compõem os arranjos familiares diferentes daquele modelo tido como normal.

Além disso, a Equipe de Saúde da Família deve reconhecer a cidadania de todos os seres humanos, sobretudo, dos mais vulneráveis. Deste modo, a relação entre a população LGBT e profissionais da saúde progride, tendo como o enfoque do cuidado um convite para a equipe assumir sua responsabilidade com a equidade no acesso aos serviços de saúde visando promover a autonomia, cidadania, dignidade e promoção da saúde dessa população (FARIAS, 2007).

No entanto, é conveniente destacar que as políticas de saúde voltadas para essa população foram construídas e estimuladas de forma compartilhada com os movimentos sociais. Este fato trouxe complexidade a esta questão, já que, mesmo com todos os avanços advindos da área da saúde, a ausência de um marco regulatório no legislativo federal, o preconceito nos estabelecimentos de saúde, a invisibilidade entre os profissionais, ocultaram ainda mais esta população, fazendo dos seus espaços para promover saúde, lugares que não são capazes de atender às reais necessidades (LAURENTINO, 2015).

Paralelo aos desafios para efetivar os direitos adquiridos pela população LGBT, é importante destacar a importância de incluir na formação de profissionais que atuam com aspectos da sexualidade temas como: diversidade, valores de igualdade e de não discriminação, com o propósito de diminuir a repressão (LIONÇO, 2009).

Estes aspectos observados por pela autora, demonstram sob o mesmo ponto de vista, o quanto oportuno é desenvolver ações pedagógicas voltadas ao atendimento à saúde LGBT na formação médica. Evita-se assim, a violência simbólica, uma violência que apesar de não ter coação física, pode causar danos morais e psicológicos.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

A caracterização da problemática do estudo conduz ao entendimento de que a forma como os sujeitos se comportam, as suas escolhas, são capazes de definir conceitos e preconceitos sobre o que a sociedade reconhece como sendo diferente (SOUZA; KAMIMURA, 2010).

Essa concepção equivocada sobre as opções e os caminhos escolhidos por alguns indivíduos para viverem a sua sexualidade tem constituído o cerne de debates e discussões no âmbito da saúde. O Painel de Indicadores do SUS destaca que a população LGBT, em função da não adequação de gênero com o sexo biológico ou à identidade de gênero não heteronormativa, constantemente são alvos de violações. Sobre as particularidades da situação de vulnerabilidade, o painel temático de redução da violência, enfatiza:

A ampliação da perspectiva da integralidade na atenção à saúde desses segmentos leva o governo a reconhecer que a orientação sexual e a identidade de gênero são situações complexas e constituem importantes fatores de vulnerabilidade para a saúde. Elas implicam práticas sexuais e sociais específicas que expõem a população LGBT a agravos decorrentes do estigma, dos processos discriminatórios e de exclusão social que violam os direitos humanos, entre eles o direito à saúde, à dignidade, à não-discriminação, à autonomia e ao livre desenvolvimento (BRASIL, 2008b, p. 22).

Essa realidade conduziu a uma inquietação que revela, sob outro ângulo, as situações discriminatórias, de vulnerabilidade, de desatenção com relação aos direitos da população LGBT no atendimento médico.

Partindo do pressuposto da invisibilidade, os temas relacionados à saúde da população LGBT não são discutidos ou não constituem conteúdos curriculares na trajetória de formação médica, tornando-os profissionais despreparados para o atendimento nos serviços públicos de saúde.

A situação-problema consiste em relacionar as necessidades de saúde da população LGBT e a formação médica, questionando-se:

- Considerando os principais pressupostos da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da População LGBT, qual a percepção do médico sobre suas

competências, habilidades e atitudes para o processo saúde-doença-cuidado dessa população?

Essa questão remete a um atendimento integral, equânime e humanizado. A partir dessa assertiva e, levando-se em consideração a temática abordada e no sentido de se obter respostas ao problema referenciado, emergem algumas perguntas que são apresentadas e servirão como questões norteadoras do estudo ao processo investigativo:

- Qual o entendimento do médico acerca da sua trajetória de formação e contribuição dos docentes para atendimento à população LGBT?
- Os profissionais médicos se sentem habilitados no cuidado das particularidades e especificidades para saúde integral da população LGBT?
- Qual a compreensão dos médicos sobre as condições do acesso da população LGBT aos serviços de saúde no âmbito da Atenção Básica?

Destaca-se a relevância deste estudo em função de ser um tema amplamente discutido no âmbito das questões sociais e das ações de saúde, no que tange ao atendimento básico do SUS, fato que conduziu ao desenvolvimento deste estudo investigativo.

A vulnerabilidade da população LGBT relacionada ao não cumprimento dos seus direitos à cidadania, incluindo o acesso aos serviços públicos de saúde, fez emergir questões acerca do processo que envolve a percepção do médico sobre sua trajetória de formação e atendimento a esta população no SUS. Antigos paradigmas em relação aos serviços prestados revelam a importância de ampliar esse atendimento para além do combate à AIDS ou outra DST, desmitificando uma concepção reducionista de que a população LGBT só recorre ao atendimento de saúde quando decorre dessa situação. Para esta nova abordagem de atendimento, torna-se fundamental um novo tipo de profissional, humanizado e capaz de compreender os aspectos relacionados à diversidade.

Nessa perspectiva, ressalta-se a importância de orientações curriculares específicas para a formação dos profissionais de saúde, que atendam às necessidades de formação explicitadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014, de modo que as práticas profissionais e a implementação de ações direcionadas à população LGBT contribuam de forma substancial para a melhoria da qualidade do acesso aos serviços básicos de saúde e do atendimento médico.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, no que se refere à formação médica, esclarecem que a individualidade e a diversidade humana demandam a articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes. Destarte, para efetivar o direito à saúde universal e equitativa, orienta no Art. 5º: “Tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida” (BRASIL, 2014, p. 2).

Na perspectiva apontada pela DCN, a elaboração deste trabalho tem como objetivo geral analisar a formação médica para assistência à saúde integral da população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

Seus objetivos específicos se apresentam a seguir:

- a) Analisar o acesso da população LGBT nos serviços de Atenção Básica na perspectiva dos médicos;
- b) Identificar, sob o ponto de vista dos médicos que atuam no SUS, a existência de elementos que contribuíram na formação para o cuidado à saúde LGBT;
- c) Conhecer as dimensões da qualidade do atendimento médico nos serviços de atenção básica.

Este estudo será desenvolvido a partir de uma pesquisa exploratório-descritiva, na qual serão associadas temáticas e categorias advindas da saúde coletiva, tais como o campo da docência na saúde. Nessa perspectiva, trataremos de uma análise qualitativa, com base na percepção dos sujeitos que vivenciaram o fenômeno da formação e atualmente convivem com os desafios da prática a ser desenvolvida junto a essa população.

Esta pesquisa integra um projeto multicêntrico, desenvolvido no âmbito da implantação da Política de Atenção Integral à Saúde LGBT, coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB), com o propósito de analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis no Sistema Único de Saúde.

Os critérios de seleção dos municípios foram os seguintes: (a) municípios que tenham a política de LGBT implementada; (b) municípios acima de 50 mil habitantes; (c) equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa

com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); (d) equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, conta com a mesma composição de trabalhadores. O estudo é de abrangência nacional e contempla as cinco regiões.

A pesquisa considera ambientes de convivência social da população LGBT como: Centros de referência LGBT e espaços sociais; e perfil que contemple informações de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, geração, classe, religião, deficiência, origem, escolaridade, renda e ocupação. Esta pesquisa abrange profissionais de saúde (equipe multiprofissional e ACS/ESF), usuários e usuárias do SUS. Todavia, para este estudo em específico, o objetivo voltou-se para a formação desses profissionais, especificamente os médicos, diante dessas demandas.

3 SEXUALIDADE E SUAS EXPRESSÕES

Este capítulo apresenta aspectos relevantes sobre a sexualidade, abrangendo a ideia de que é um processo complexo em contínua construção, que deve priorizar, sobretudo, a pluralidade de cada ser humano, tendo-se em conta que a diversidade faz parte da vida das pessoas (SILVA, 2008).

A concepção biológica de sexo se refere a caracterizações anatômicas e fisiológicas, isto é, existem machos e fêmeas na espécie humana, mas, só pela cultura de que o homem e a mulher se expressam socialmente (SILVA, 2008; LOURO, 2013).

Para tentar envolver melhor uma dimensão tão complexa, pesquisadores têm entendido que os conceitos que abarcam a sexualidade, como gênero, orientação sexual e identidade de gênero não devem ser compreendidos como sinônimos e, sim, como uma construção social individual (SIMÕES; FACHINNI, 2009; LIONÇO, 2008; SILVA, 2008).

A Associação Americana de Psicologia (APA), 2008, com o intuito de estabelecer critérios de orientação sexual para atração afetiva, física ou sexual designa: heterossexual para pessoas do sexo oposto, homossexual do mesmo sexo, bissexual dos dois sexos e pansexual para todos os sexos.

Existem diversas teorias para fundamentar a razão da orientação sexual, no entanto, a interação entre fatores ambientais, cognitivos e biológicos justificam este processo em contínua construção. Trata-se de um desejo físico ou afetivo, sobretudo, de um conceito flexível, que não deve ser tratado como uma escolha, já que o desejo não nasce de forma racional (DAWOOD *et al.*, 2000; SIMÕES; FACHINNI, 2009).

Simões e Facchini (2009, p. 31) afirmam que o “[...] comportamento e identidade são componentes da orientação sexual que não caminham necessariamente na mesma direção [...]”, destacando que as condutas das pessoas são influenciadas pelos hábitos, casualidades e vivências sociais (SIMÕES; FACHINNI, 2009; SOUSA FILHO, 2009).

Por outro lado, Sousa Filho (2009) destaca que existe uma cultura incorporada na sociedade de que a orientação sexual só pode ser concebida pelo sexo oposto, ignorando as inúmeras expressões do desejo e do prazer que podem surgir de diversas maneiras na vida de um indivíduo. Este pensamento condiz com a

Organização Mundial de Saúde que reconhece que o direito de viver a saúde sexual em toda sua pluralidade é um fator importante para garantia de qualidade de vida (FEW, 1997).

Ao fazer críticas ao sexismo, Borrillo (2009) relaciona hierarquização da sexualidade à homofobia, estabelecendo a moral do comportamento heterossexual a uma superioridade biológica incorporada a um padrão de expressões de gênero que deve ser seguido. Este modelo de negação, que é denominado como heterossexismo, que assim se define:

Crença na existência de uma hierarquia das sexualidades, em que a heterossexualidade assume posição superior. Todas as outras formas são qualificadas, na melhor das hipóteses, como incompletas, acidentais e perversas, e na pior, como patológicas, criminosas, imorais e destruidoras da civilização (BORRILLO, 2009, p. 25).

Esta apreensão vivenciada pela população LGBT é agravada pela combinação de não adequação a um modelo hegemônico de heterossexualidade e à desvalorização da feminilidade, formando pilares que sustentam a discriminação (CRUZ; SANTOS, 2016).

Estes desafios se tornam ainda mais hostis por consequência do preconceito. A ideia persistente de que a identidade de gênero deve ser imaleável contrapõe a autonomia que o indivíduo tem sobre si, se seu sexo biológico corresponde ou não com as expectativas convencionais da anatomia masculina ou feminina. Neste caso, desconstruir um padrão de identidade de gênero traz impactos positivos, principalmente, na saúde das travestis e transexuais (ARD; MAKADON, 2012; LIONÇO, 2009; SILVA, 2008).

Portanto, os parâmetros socialmente construídos e impostos como normais, além de invisibilizar e excluir a população LGBT, criam uma expectativa sobre o comportamento das pessoas, por meio de um discurso de que a sexualidade saudável é a que tem a identidade de gênero concordando com o sexo biológico (BUTLER, 2013; LOURO, 2013; SERANO, 2007).

4 PROCESSO DE INVISIBILIDADE DA SAÚDE LGBT

Este capítulo aborda os desafios da diversidade LGBT na contemporaneidade. Tomou-se como referência ações direcionadas às demandas específicas dessa população, atenção dos profissionais da saúde e alguns aspectos relacionados à invisibilidade e à vulnerabilidade que conduzem ao adoecimento.

Se remontarmos a história que envolve o enfrentamento de questões à homossexualidade e especificamente à sua relação com a saúde, enquanto campo de reivindicações de direitos, não se terá que percorrer uma trajetória muito longa, levando em consideração que, somente no final do século XX e início deste, que, no Brasil, questões dessa natureza emergiram a partir da pressão exercida por diferentes movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos do grupo LGBT, desde a década de 1980 (SIMÕES; FACHINNI, 2009).

Segundo o Ministério da saúde, foi a partir da “Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” que essas manifestações exigiram do Ministério da Saúde, inicialmente, estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e contou para isso com a parceria dos movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos LGBT. Ainda no mesmo documento, é possível afirmar que essa estratégia de enfrentamento fortaleceu a participação desses grupos na luta pela saúde (BRASIL, 2010).

Posteriormente, com o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade da elaboração de políticas públicas de saúde mais amplas para atender a um conjunto de demandas que resguardassem as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e de transexuais no que diz respeito ao processo saúde-doença (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, Barbosa e Facchini (2009) atestam que, ao longo dos anos, políticas públicas de saúde que contemplem as necessidades dessa população vêm ganhando o apoio de gestores e técnicos de agências governamentais nas suas diferentes esferas, federal, estadual e municipal.

No entendimento dos autores, essas políticas partem do conceito ampliado de saúde e do princípio da OMS, que considera que a proteção da garantia à livre orientação sexual e identidade de gênero não é apenas um direito adquirido, mas também uma questão relacionada à atenção às vulnerabilidades (BARBOSA;

FACCHINI, 2009).

O referencial de Lionço (2009) acerca da Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios, pontua que o SUS está baseado em um conjunto de três princípios: Integralidade, Equidade e Universalidade, significando este último que todo e qualquer cidadão brasileiro tem direito e acesso gratuito aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema, independentemente de sua orientação sexual, gênero, credo religioso, etnia, idade e identidade.

Nesta compreensão, a autora, um ano antes questionou os direitos humanos, sexuais e reprodutivos da população LGBT e sua influência para um atendimento integral e equitativo. Propõe, explicitamente, a ampliação do que se entende por direitos sociais, reprodutivos e da sexualidade de forma a permitir o alcance de um atendimento humanizado e sem preconceito (LIONÇO, 2008)

Na abordagem da universalidade do direito à saúde, Busse Pellegrini (2007) pontuam que o acolhimento está longe de ser uma tarefa simples. A busca por uma boa assistência demanda estratégias específicas, como empoderar os profissionais das especificidades da saúde LGBT, criando assim, agentes transformadores do processo saúde-doença-cuidado, com atenção voltada não somente à assistência, mas, também, às singularidades de cada indivíduo.

Desse entendimento, questões como acolhimento, recepção dos usuários de forma humanizada, padrões éticos diante da diversidade da população, devem fazer da unidade de saúde um espaço de inclusão social, com perspectivas de fortalecimento da cidadania, a partir do direito de acesso à saúde. Por isso, fez-se questão de lembrar que a diretriz básica para funcionamento do SUS, a partir de um documento de 1990 do Ministério da Saúde, tem como foco o acolhimento e a humanização no atendimento.

De acordo com Cerqueira-Santos, Calvetti e Rocha (2010), o acolhimento é uma forma de estabelecer segurança para os usuários nas unidades de saúde. Os autores afirmam ainda que ser discriminado pelo modo de viver, hábito corporal e práticas sexuais é um problema maior e mais profundo que o motivo que os levou a procurar a unidade de saúde.

A Unidade Básica de Saúde precisar exercer uma função humanizadora. O acolhimento inadequado da população LGBT é considerado um dos principais problemas vivenciados, levando-os a pensar que tem uma condição inferior aos

demais usuários. Dessa forma, os profissionais e gestores que ali atuam afastam pessoas LGBT do serviço e legitimam fatores de vulnerabilidade (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012; SOUSA, 2009).

Compreende-se que, se a população de uma forma geral encontra dificuldades em ter garantido um atendimento em saúde equitativo e integral, uma parcela dos brasileiros, constituída por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, além das dificuldades correntes, sofrem ainda constrangimentos diversos e outros tipos de problemas para que suas demandas específicas sejam atendidas.

As questões que envolvem a discriminação social e a violência física sofrida por LGBT vêm se tornando um fato que precisa de atenção especial e de estudos especializados no sentido de que se possam identificar as características onde estas acontecem e as causas das ocorrências. Essa chamada vem servindo como alerta para transformações na forma de ver, lidar e conviver com essa população.

Dessa forma, ressalta-se que conceitos como estereótipo, estigma e preconceito sempre estiveram ligados à discriminação (CARRARA, 2013).

O estereótipo é uma crença generalizada sobre um grupo ou classe de pessoas em particular. Por consequência dos estereótipos, inferimos que uma pessoa tem características que assumimos todos os membros desse grupo têm. O estereótipo é uma categorização social que pode levar a atitudes prejudiciais. Na mesma obra, a autora disserta ainda que o estereótipo vem de noção preconcebida, especialmente sobre um grupo de pessoas. Muitos estereótipos são racistas, sexistas ou homofóbicos (MIRIÉ, 2003).

Ao descrever estigma a partir do gerenciamento de identidades, Goffman (1963) o apresenta como uma característica desacreditadora e explica que nem todas as particularidades indesejáveis são estigmas, mas somente aquelas que são incompatíveis com o estereótipo de como deve ser determinada pessoa ou grupo social para a sociedade em que vive.

Em relação ao preconceito, parte-se da proposição de que não são preferências pessoais e, sim, condutas enraizadas, socialmente influenciadas que conduzem à exclusão (ZEPEDA, 2004). Sob o mesmo ponto de vista, Mazzara (1998) descreve como um juízo formado previamente, sem conhecimento do objeto que se julga. Intitula como um entendimento errôneo, por consequência de uma opinião preconcebida, que não teve contato com a realidade. O preconceito tem

natureza hostil, pois se apropria de uma realidade distorcida das relações dos indivíduos, dos sentimentos, opiniões ou atitudes.

Ao nos reportarmos às violações sofridas pela população LGBT é possível perceber que o crime por homofobia é uma violência com pouca evidência na sociedade, como destaca Bandeira e Batista (2002, p. 120), que diante das “[...] situações de desqualificação identitária e sofrimento existencial impostas pela sociedade ao não reconhecer as diferenças e especificidades [...]” só resta às minorias se recolher ao seu próprio sofrimento, sem poder nomear, denunciar ou compreender.

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República com o objetivo de quantificar discriminação realizou uma pesquisa em 2014 que revelou que a cada hora um homossexual sofre algum tipo de violência no Brasil. As ocorrências mais comuns são a discriminação e a violência psicológica. Em aproximadamente 76% dos casos homossexuais sofrem preconceito no trabalho, assédio moral e perseguição (BRASIL, 2015).

O terceiro relatório realizado pelo Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos, referente à violência homofóbica no Brasil no de ano 2013, analisou tanto os dados produzidos a partir de denúncias ao poder público quanto das mídias referentes a violações de direitos humanos cometidas contra a população LGBT. O perfil da população LGBT mais acometido por violências são os jovens (54,9%), pretos e pardos (39,9%) do sexo biológico masculino (73%), gays (24,5%) e travestis/transsexuais (17,8%) (BRASIL, 2016).

O relatório revela ainda, que por dia, são feitas 9,31 denúncias de violações de direitos humanos de natureza homofóbica. Os dados registrados pelo Disque Direitos Humanos evidenciam 1.965 denúncias de 3.398 violações relacionadas à população LGBT, envolvendo 1.906 vítimas e 2.461 suspeitos. Estes dados não correspondem ao total de crimes ocorridos devido ao sub-registro. Os registros de denúncias apresentaram uma queda 44,1%, que levam a consequências negativas, assim definidas:

Violências ocorridas cotidianamente contra os LGBT, infelizmente muito mais numerosas do que aquelas que chegam ao conhecimento do poder público. Salienta-se que a falta de um marco legal que regulamente a punição de atos discriminatórios contra a população LGBT aprofunda a dificuldade de realização de diagnósticos estatísticos desta natureza (BRASIL, 2016 p. 13).

Estes dados são um alerta para a insegurança da população LGBT, que são desfavorecidos pela combinação dos poucos registros de violações, com a ausência de uma legislação específica, somada a não efetivação de políticas públicas.

A partir da problemática da não aceitação da diversidade humana, discriminação e dos crimes, Carrara (2013) assinala que agredir, desprezar, ridicularizar a população LGBT baseado em crenças, opiniões ou atitudes pode ser definido como LGBT fobia. O autor acrescenta que a LGBT fobia geralmente se manifesta no ambiente escolar e familiar, rompendo referências e vínculos, diminuindo o aproveitamento escolar, levando à baixa autoestima e menor sociabilidade.

No entanto, o que se tem observado, diante de tantas reivindicações, lutas, protestos e manifestações pela manutenção e sustentabilidade dos direitos, é pouca melhoria na qualidade dos serviços públicos de saúde que visam a atender as demandas dessa população.

Levados pelas exigências da lei, pelas inquietações das associações de interesses da comunidade, por uma realidade desgastada pelo preconceito e pela própria necessidade de deixar-se livre para viver a diversidade de gênero. Distanciando-se lentamente da realidade de um período onde, segundo Okita (2007), as opções de acesso à saúde se resumiam a consultas com médicos homossexuais com alto custo ou atendimento público onde suas necessidades não eram atendidas.

Nessa perspectiva dos direitos à saúde para a população LGBT e acolhimento dentro de uma reflexão bioética, Lionço (2008) e Farias (2007) atestam que a violação de direitos humanos básicos de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais devido a processos de preconceito, discriminação, e exclusão social têm chamado atenção de lideranças de movimentos sociais de LGBT e do poder público. Assim, o Ministério da Saúde tem buscado formular políticas de saúde específicas para esse segmento, visando à integralidade e à equidade da assistência à saúde no SUS.

5 FORMAÇÃO MÉDICA E SUAS IMPLICAÇÕES NO ATENDIMENTO LGBT À LUZ DAS DCN

A análise da trajetória de formação médica é marcada por um percurso longo e requer um estudo minucioso e sistemático, levando-se em consideração, de um lado, o avanço técnico-científico da medicina e, do outro, as deficiências de cursos e alunos, provocadas por uma integralização curricular que vigora no Brasil desde 1815 (BRASIL, 2014).

A consciência de que um diagnóstico preciso depende de um completo entendimento do curso da doença e do seu sujeito deve ser prioridade para os médicos em formação. Além disso, as temáticas relativas à promoção da saúde LGBT estão invisíveis em ambientes de ensino, se negar a perceber a discriminação, ignorar as diferenças, faz dos discentes pessoas “[...] indiferentes ao diferente” (BONNEWITZ, 2003, p. 119).

A inadequação da formação médica frente às demandas sociais é assunto em pautas internacionais. Este reconhecimento decorre das estruturas curriculares cristalizadas e de um modelo de ensino com foco especificamente na cura, distanciando-se da grandeza do cuidado, a relação humana (CYRINO; RIZZATO, 2004).

Nessa concepção, autores como Ceccim (2004), Gonze (2009) e Winters (2012) em suas abordagens sobre o desafio necessário de uma educação permanente em saúde, tecendo saberes sobre a integralidade na formação e de uma formação profissional numa perspectiva crítica e criativa dos acadêmicos, destacam que a formação dos médicos deve atender aos preceitos da CF/88, com o objetivo de atender as transformações da área e manter o foco no indivíduo, evidenciando a importância do compromisso moral e ético com a assistência e com o processo saúde-doença-cuidado.

Propostas de mudanças que promovam transformações no processo de formação acadêmica dos futuros médicos e daqueles que já estão no exercício da profissão carecem de uma parceria entre os órgãos promotores e responsáveis pela saúde pública e as instituições de ensino superior que preparam os acadêmicos, remetendo à necessidade de uma reforma curricular dos cursos de graduação, não somente de Medicina, mas também de todos os outros que compõem a área da saúde, já que a sua integralização proporcionará melhores resultados no

atendimento a esta população (ALMEIDA *et al.*, 2007).

No âmbito do traço do perfil profissional do médico e sua trajetória de formação a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (BRASIL, 2001), Sales (2010) assinala que o CNE, por meio da Câmara de Educação Superior, é órgão responsável pela construção de Diretrizes Curriculares Nacionais, que visam expressar o conceito de qualidade expresso na CF/88, bem como orientar as instituições brasileiras de ensino na organização, articulação, desenvolvimento de suas propostas pedagógicas e de seus currículos. Esse Conselho, instituído pela Lei 9.131 de 1995, tem atribuições normativas, deliberativas e de assessoramento ao Ministro de Estado da Educação.

De acordo com o autor supracitado, no âmbito da formação acadêmica do médico, cabe destacar que a concepção de uma formação generalista expressa nessas diretrizes teve como premissa a atuação em equipe, em um sistema descentralizado, hierarquizado de referência e contrarreferência, que recebeu influências do SUS, da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990. Outro fator importante a ser destacado é que, no momento da publicação em 7 de agosto do 2001, o Parecer CNE 1.133 8, da Câmara de Educação Superior tratou das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.

Propostas de mudanças nessa realidade advêm da necessidade de formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde, com perspectivas de um médico capaz de atender às demandas da população, a partir de um preparo acadêmico que possibilite a formação não só de profissionais especialistas, mas também de profissionais generalistas, habilitados para promover a saúde, assim como confirma o art. 3 das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (BRASIL, 2014, p. 1).

Ressalta-se que essas diretrizes, que foram recentemente adotadas pelo

Conselho Nacional de Educação (CNE), pressupõem uma formação médica com qualificação científica, excelência técnica e comprometimento social fundamentados nos preceitos da ética, capacitando a atuar no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

No entanto, o que se observa é uma cultura meramente curativa, tão enraizada dentro da Medicina que o futuro médico é incapaz de problematizar e inspirar novas formas de intervenção. As escolas de Medicina vêm supervalorizando o uso de tecnologias e privilegiando algumas especialidades, levando ao prejuízo da medicina geral, àquela que exige uma relação cuidadosa entre a escuta do médico e as queixas do paciente (FIGUEIREDO; STANO, 2013). As práticas profissionais geradas com base nos princípios do paradigma biomédico revelam um caráter individualista, produzem afastamento excessivo entre o médico e o paciente, e concentram a atuação técnica nos procedimentos e objetivos relativos à intervenção no ponto de vista físico (MELLO; AVELAR; MAROJA, 2012).

O ponto de vista de Silva (2013, p. 7) retrata a importância das medidas integralizadoras voltadas à capacitação dos professores para uma reestruturação da formação incluindo o aluno como membro participativo dessa mudança.

Em termos atuais e à luz das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina, o verdadeiro papel da educação e do educador em saúde é exatamente corrigir os descompassos existentes entre a assistência que se quer e a formação do profissional para nela atuar. Considerando que os docentes atuais tiveram a sua formação dentro dos moldes da escola tradicional amplamente influenciada pelas teorias Flexnerianas, é preciso também pensar na mudança na formação dos professores.

Essa perspectiva de mudança sugere que o graduado em medicina tenha uma formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, estabelecendo uma relação de respeito e confiança. Aqui se infere que, para ter médicos capazes de atuar na diversidade, é necessário também docentes capazes de problematizar e inspirar novas formas de intervir.

Por conseguinte, Cyrino e Rizzato (2004), referenciando a Contribuição à mudança curricular na graduação das Faculdades de Medicina, assinala que há,

assim, em nosso país, um movimento de escolas médicas que vem buscando vivenciar um processo de transformação que prioriza um ensino que culmine com a qualidade da assistência e a eficiência e relevância do trabalho em saúde, apontando-se a importância da integração ensino-serviço.

Aspectos relacionados à formação profissional, ao ordenamento dessa formação a partir dos princípios do SUS, às concepções de formação profissional generalista e humanizada, merecem atenção especial porque a Medicina não é um ofício exclusivamente técnico, ainda que este aspecto seja importante e tenha bastante destaque na atualidade (PEREIRA, 2014).

A autora compreende ainda, que uma medicina humanizada não pode descartar sentimentos, emoções, expectativas, decepções, prazer, sofrimento e relação humana. A subjetividade desses sentimentos não deve ser deduzida em uma consulta nem substituída por nenhuma tecnologia, como exames, por exemplo.

No âmbito da formação profissional, baseado no contexto das Diretrizes Curriculares para o curso de Medicina, Kligler (2004) certifica que a prática da medicina vai além de conteúdo, ferramentas e técnicas, soma-se aos valores humanísticos para que além de uma simples consulta o médico vivencie uma experiência humana. Os autores afirmam que a educação médica deve ser um conjunto de metas fundamentadas em processos emocionais e interpessoais. Esta ponte entre a sensibilidade e razão na formação médica é fundamentada por Rios (2010, p. 1729), que explica:

Para ser um médico que recupera as pessoas não só da doença, mas também da dor, do medo e do desamparo, é preciso ser capaz de passar da intenção ao gesto que transforma o procedimento em ato médico. Para formar profissionais com esse nível de grandeza, é preciso desenvolver razão e sensibilidade na formação médica, contribuição das humanidades à medicina. Um dos problemas apontados por alunos e professores refere-se à cultura institucional ainda arraigada em valores e modelos antigos de educação e atenção à saúde. Por isso, várias ações se fazem necessárias para estimular a presença das humanidades médicas na vida institucional e mudar a cultura que a segrega do seu meio.

A autora analisa que os alunos que absorvem essa cultura institucional de modelo de ensino biomédico, em contrapartida, apresentam menor sensibilidade que os demais. Este ponto de vista justifica uma tradição de valorização da ciência em detrimento da experiência pessoal, tal como a negação de vínculo, que pode ser

associada ao fato de que no passado estes profissionais assumiam certa superioridade, onde poucos doentes e feridos se tornavam médicos e compreendiam condição de paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999).

Por conseguinte, a autora descreve essa indiferença como uma relação médico-paciente paternalista, onde o paciente fica a mercê do julgamento do médico, sabendo pouco sobre a doença, sem o direito de opinar nem tampouco decidir sobre o próprio tratamento.

Existe uma tendência recente na educação médica que visa um padrão para competências que formam a base do currículo baseada em conhecimento, atitudes e habilidades, estes preceitos reafirmam um conjunto de metas fundamentadas nos valores que realmente precisam ser ensinados, como ações de promoção e prevenção em educação e saúde. Neste estudo, os autores fazem uma crítica a formação médica baseada apenas na investigação científica, não descartando sua importância, e, sim, evidenciando a importância de estabelecer metas de ensino baseadas em vivências sociais (KLIGLER, 2004).

Para Stella e Puccini (2008) a formação médica com currículos flexíveis e modulares, com ênfase em habilidades e competências contemplam tanto o individual quanto o coletivo e asseguram que em suas trajetórias profissionais, os médicos, serão capazes de promover saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

Reportando-se às contribuições ao movimento de mudança na formação profissional em saúde, Gonzalez e Almeida (2010) explicam que quando foram formuladas, as diretrizes curriculares, priorizavam os interesses e orientações do sistema de saúde vigente sempre em busca de universalidade e integralidade da assistência. Nessa perspectiva, se dá a importância de processo de (re) avaliação dos cursos de graduação para atender às exigências da contemporaneidade.

Deste modo, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina, em conhecimento, competências e habilidades específicas, preconizam que “[...] a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe” (BRASIL, 2004, p.3).

Os programas de incentivo às reformas curriculares e capacitação de docentes, como o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

Saúde, reafirmam a importância das transformações gradativas, que buscam um profissional com perfil mais adequado às necessidades da saúde pública e com metodologias de ensino focadas no aluno e no incentivo à educação continuada (BRASIL, 2005).

5.1 O lugar (in) existente do médico na promoção à saúde LGBT

Cerne de debates em todas as esferas, instituições e também no contexto da área da saúde, a visibilidade na luta pelos direitos LGBT tem se tornado mais evidente na sociedade, a partir dos movimentos pela igualdade e direitos de expressão na sociedade, fato que vem conduzindo a exigências e seletividade na recepção e atendimento dessa população.

O processo de discussão e formulação da Política teve início com a busca dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, promovendo o enfrentamento das consequências excludentes da LGBT fobia, que se vivencia nos serviços de saúde.

No âmbito das instituições de ensino superior que ofertam os cursos de Medicina, essas questões também têm servido de palco para discussões e debates generalistas. Ressalta-se que, para um maior envolvimento acadêmico, seria necessário que os cursos oferecessem o suporte teórico-metodológico para o preparo ao atendimento e à convivência em saúde com esses usuários. Esse preparo deveria advir desde a academia, por parte dos professores, das instituições na introdução de disciplinas específicas, não optativas, que oportunizassem situações de interação fundamentadas por seus elementos teóricos (GATTI, 2010).

Um retrato da realidade que envolve o distanciamento de uma formação integral e humanizada foi a pesquisa realizada pela Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que aponta que a maioria dos professores de cursos de Medicina do país deixa de abordar, na sala de aula, temas importantes relacionados à sexualidade – como a violência sexual, a homofobia e a própria homossexualidade (RUFINO; MADEIRO; GIRAO, 2013).

De acordo com o estudo, a maior parte dos docentes preocupa-se apenas em discutir os aspectos orgânicos e biológicos do tema sexualidade. A pesquisa concluiu que quase todos os professores (96,3%) abordaram temas relacionados à sexualidade. No entanto, menos de 50% dos professores abordou a sexualidade não

normativa ou os aspectos sociais da sexualidade. Concluindo seus estudos, a pesquisadora ressalta que o ensino da sexualidade nas escolas médicas brasileiras ocorre de forma não padronizada e fragmentada em várias disciplinas (RUFINO; MADEIRO; GIRAO, 2013).

Dentre as propostas com o intuito preparar de forma adequada o futuro profissional inserem-se: efetivar as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina e incluir conteúdos disciplinares que abordem sexualidade em todos os seus contextos, disciplinas específicas capazes de habilitar os futuros médicos para comunicação sobre assuntos relacionados à sexualidade, com créditos curriculares com carga horária suficiente para suporte ao preparo para o atendimento especializado à população em sua totalidade (SHINDELL *et al.*, 2010).

Notadamente que esse preparo vai se construindo ao longo dos anos na academia e continua durante o exercício da medicina. É um processo de construção complexo, que envolve questões culturais, de aceitação, discriminação, dentre outros, dando-se em conta o reconhecimento da necessidade de mudanças e transformação nas atitudes e ações de profissionais que ainda não reconhecem as complexidades que envolvem a saúde LGBT e o conjunto de demandas específicas para o acolhimento e atendimento dessa população. Isto se justifica porque o acolhimento tem se configurado o primeiro grande problema no atendimento, provocado em sua maioria por profissionais que o configuram como sendo diferente dos rotineiros ou fora dos padrões apresentados na academia (RODRIGUEZ, 2014).

Um aspecto que não pode deixar de ser levado em consideração é a utilização da Bioética para amparar e promover um acolhimento humano de pessoas LGBT nos serviços de atenção básica à saúde. Em seus estudos, Schramm (2013, p. 83) enfatiza a importância de “[...] ações necessárias capazes de responder às necessidades de saúde da população sob a forma de protegê-la diante de sua vulnerabilidade e das ameaças concretas a sua saúde [...]”, invocando por, além de atividade profissional mais humana, uma responsabilidade social.

Neste sentido, tolerância à diversidade e o respeito à dignidade humana, associadas à consciência do quanto o acesso a atenção primária à saúde é determinante são atributos imprescindíveis em um profissional e determinantes para perpetuar a cidadania da população LGBT (SOUSA, 2009).

6 METODOLOGIA

Desenvolvemos este estudo a partir de uma pesquisa exploratória e descritiva de análise qualitativa, tendo em vista a qualificação do processo de trabalho voltado à atenção à saúde LGBT.

A ênfase ao método qualitativo se justifica pelo fato de que as representações observadas até aqui não surgiram do vazio; elas seriam construídas historicamente, no campo das interações, sofrendo influência das estruturas cristalizadas, orientando e sendo orientadas pela ação dos sujeitos em suas práticas cotidianas (MINAYO, 1996).

6.1 Procedimentos técnicos adotados

Para eleger as Unidades Básicas de Saúde no município de Teresina e quantidade de profissionais, levou-se em conta os números adotados pela pesquisa multicêntrica “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS”¹.

6.2 Campo da pesquisa, universo e sujeitos de investigação

Na abordagem qualitativa da pesquisa, as amostras são propositais, já que se busca apreender certos casos selecionados, sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis. Nessa assertiva, segundo Minayo (1996, p. 106):

Privilegiar os sujeitos que detém as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças; esforçar-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa.

¹ 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). O financiamento da pesquisa foi oriundo do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) 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).

O estudo realizou-se nas sete Unidades Básicas de Saúde da Fundação Municipal de Saúde em Teresina-PI, por ser considerado o local do primeiro contato do médico com o paciente. São considerados sujeitos-chave do estudo médicos vinculados às sete unidades de atenção primária à saúde, eleitas através de sorteio simples.

Utilizaram-se como critérios de inclusão: profissional médico com carga horária semanal de, no mínimo, 20 horas; que atue há mais de um ano na Atenção Primária à Saúde; presente em um dos turnos de trabalho no período de realização da coleta de dados na UBS.

6.3 Técnicas e métodos para a coleta de dados

No contexto das técnicas e métodos para a coleta de dados, foram utilizados meios de comunicação, com o objetivo de aproximar os pesquisadores ao contexto de onde despontam os fatos, falas e ações dos sujeitos envolvidos na pesquisa, seguem a seguir:

a) Entrevista

Dentro da perspectiva metodológica assumida, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os sujeitos, mediante os critérios de inclusão apresentados e aceitação em participar da pesquisa por livre e espontânea vontade. A entrevista semiestruturada foi de natureza individual, gravada, partindo de perguntas condutoras, elaboradas a partir dos objetivos da pesquisa (Apêndice 1). As questões apresentadas no questionário e obtidas por meio de entrevistas diziam respeito à estrutura do instrumento, ao acesso aos serviços de saúde, à atuação profissional e à relação e aproximação da formação com a temática LGBT.

Os médicos que participaram da pesquisa foram identificados de forma a manter o sigilo das informações (TCLE – Anexo2), sendo catalogados para fins de análise dos resultados como M1 (Médico 1, por exemplo) até M14 (Médico 14).

As primeiras questões abordaram aspectos relacionados ao acesso e nível de formação, as demais perguntas buscaram respostas às questões norteadoras de estudo, envolvendo trajetória de formação e preparo para atendimento à população LGBT, questões sobre a importância do preparo e atendimento, do cenário de

prática para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades.

Com o propósito de referendar a escolha do instrumento aplicado, ressalta-se a assertiva de Minayo (1996), que entende que entrevista no sentido restrito de coleta de informações sobre determinado tema científico – é a técnica mais usada no processo de trabalho de campo. Segundo a autora:

Esta técnica pode ser traduzida também em fonte de dados secundários e primários, referentes a fatos, ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, razões conscientes ou inconscientes de determinadas crenças (MINAYO, 1996, p. 108).

O roteiro da entrevista aplicada aos profissionais encontra-se no Apêndice A.

a) Pesquisa documental

Nesta oportunidade, foram consultadas as principais bases de dados eletrônicas e não eletrônicas de interesse na pesquisa e avaliados de forma sistemática.

Este material foi selecionado por meio de consultas a fontes de referência na área do ensino na saúde, saúde LGBT e saúde coletiva. Com esse procedimento, pode-se adquirir uma apreensão mais abrangente do contexto histórico em que se insere a saúde da população LGBT.

As principais fontes eletrônicas para esta etapa do trabalho serão os sistemas de informação apropriados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), base de dados do Departamento de informática do SUS e DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre outros.

6.4 Organização e análise das informações

No que diz respeito às entrevistas, foram adotadas as seguintes etapas:

I. Primeiro processo de análise: realizar em cada entrevista duas leituras: analítica e crítica, com o objetivo principal de dominar formalmente o material

coletado e destacando elementos que poderiam ser utilizados na segunda etapa;

II. Segundo processo de análise: buscar os elementos fechados de identificação;

III. Terceiro processo de análise: análise de cada entrevista, identificando a lógica do discurso de cada sujeito.

6.5 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, CAAE 53140316.5.0000.5214 (Anexo A) e avaliado em seus aspectos éticos e metodológicos, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

6.6 Apresentação e análises dos dados

As análises das entrevistas foram divididas em três categorias principais: acesso LGBT no SUS: reconhecendo exclusões; construção dos saberes médico-científicos para saúde LGBT, delineando fragilidades no cotidiano do atendimento à saúde LGBT.

6.6.1 Acesso LGBT no SUS: reconhecendo exclusões

Esta categoria aborda a Atenção Primária à Saúde, o acesso e da qualidade da atenção integral à saúde, e humanização no atendimento à população LGBT, entre outras questões que se considerou relevante para apresentação da realidade que envolve os sujeitos da pesquisa e os usuários.

Em se tratando de Atenção Primária, as apresentações revelaram um quadro no qual alguns aspectos impedem uma atenção mais generalizada e humanizada, por exemplo, na fala do M2:

O preconceito e a discriminação vêm por parte da própria população, que já chega aqui se sentindo excluída e discriminada, sem motivo, vem com expressões agressivas com a equipe, sem nenhuma situação de discriminação e exclusão. (M2)

A fala de M2 mostra o desafio de se trabalhar com uma população

marginalizada há anos dentro dos serviços de saúde, e que ainda é revitimizada pela própria equipe de saúde que não compreende as exclusões vivenciadas por estes sujeitos, que pouco considera as resistências no acesso aos serviços de saúde, e que não (re) conhece em si as fragilidades para fornecer um atendimento de qualidade dentro de um SUS que é universal, integral e equânime (LIONÇO, 2008).

A complexidade desse tema é abordada por Grant *et al.* (2011), que associam à expectativa negativa a qualidade do atendimento que é ofertado nas unidades de saúde. Por isso o acolhimento adequado oferece subsídios na prevenção de infecção pelo HIV, depressão, comportamento suicida, tabagismo entre outros agravos à saúde. Os autores ainda acrescentam que as unidades de saúde são importantes fontes de cuidado e que o acesso limitado é prejudicial à saúde LGBT.

Percebe-se que, mesmo que as políticas e os programas LGBTs mostrem expectativas positivas, suas propostas ainda são desestimulantes para quem as enfrenta na prática. Isso decorre das diversas barreiras diante de uma sociedade que determina a heterossexualidade como o padrão de normalidade, levando a um acolhimento discriminatório e a dificuldade de compreensão dos motivos que afastam a população LGBT dos estabelecimentos de saúde e os motivos das suas resistências (MELLO *et al.*, 2011; LIONÇO, 2008).

O preconceito é próprio deles, não é da equipe, de jeito nenhum! Eles já andam traumatizados, alguns não se aceitam, outros a família abandona, não arrumam trabalho por causa do jeito deles, é um público fragilizado! (M2)

A colocação do M2 vai contra o posicionamento da difusão técnico-científica em que o Ministério da Saúde reconhece situações produtoras de doença na saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2008a, p. 570), que enfatiza o quão multifacetados podem ser os fatores que levam à homofobia.

Enfrentar a complexidade dos determinantes sociais da vida e da saúde das pessoas e coletividades requer intervir sobre exclusão social, desemprego, bem como acesso digno a moradia e alimentação. Requer também o reconhecimento dos fatores que se entrecruzam, maximizando a vulnerabilidade e o sofrimento de grupos específicos. Nesse contexto, todas as formas de discriminação, como no caso da homofobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença e sofrimento. É preciso

compreender, por outro lado, que a homofobia não ocorre de maneira isolada de outras formas de discriminação social.

Isto é, o M2 e o MS concordam em uma coisa pelo menos: para que a fragilidade da população LGBT seja minimizada, é necessária uma intervenção eficiente em determinantes sociais da saúde por meio de uma sistematização das políticas sociais.

As respostas dos entrevistados foram compartilhadas em vários aspectos e, mesmo que estes estejam atendendo em unidades diferentes, a concepção de acesso, atendimento e igualdade de direitos recai na maioria das apresentações sobre posição, comportamento e postura dos usuários diante dos profissionais e da equipe de saúde. Como se pode observar nas falas do M12 e do M10:

O acesso é igual para todos, discriminação seria colocar um horário de atendimento só para esse público. (M12)

Eles não procuram muito a unidade de saúde [...] se resolvem mais com tratamentos alternativos [...] só vem nos procurar mesmo quando alguma coisa dá errado. (M10)

Lionço (2008) aponta o caso da maioria das travestis ou transexuais que, por não encontrarem nos serviços de saúde acolhimento e cuidado, submetem-se a tratamentos alternativos para modificação corporal. Dessa forma, o acesso é tecido fragilmente, e o usuário tende a não se vincular aos serviços oferecidos, mesmo que sejam oferecidos de maneira “igual”, o que M12 faz questão de enfatizar.

A fala do M10 ratifica a pesquisa de Rodriguez (2014), onde há evidências de que a prática da automedicação por travestis e transexuais se dá a partir das diferentes experiências nocivas ligadas a discriminação, relação médico-paciente fundamentada na hetero-cisnormatividade e atitudes preconceituosas e discriminatórias relacionadas à patologização da identidade de gênero. Para compreender melhor os limites impostos pela discriminação, a autora relata que todas as pessoas entrevistadas iniciaram a terapia hormonal por conta própria ainda que cientes das consequências e efeitos adversos causados pelos medicamentos.

Entre as fragilidades características dessas relações, está uma concepção reducionista, identificada na pesquisa, é que o ajuda a identificar um paciente LGBT na UBS sem que ele identifique sua orientação sexual são os traços ou gestos considerados femininos em homens ou mulheres menos sensíveis. Como relata M5:

Eles não precisam nem se identificar, homens afeminados querem ser mulheres, e mulheres masculinizadas querem ser homens. Tem uns que não assumem, mas eu sei reconhecer. (M5)

Partindo desse pressuposto, e os sujeitos bissexuais, como ficariam? E os sujeitos que não apresentam artefatos do universo feminino e/ou masculino? E os que não possuem trejeitos? A fala explicitada é extremamente segregadora e invisibiliza ainda mais esses sujeitos, ao reduzi-los e colocá-los como indivíduos que necessariamente se transvestem.

De acordo com as apresentações, o cuidado na atenção a essa população vai desde a maneira como são recepcionados nos consultórios, nas perguntas formuladas, nas ações e atos que envolvem exames físicos e na apresentação de diagnóstico. M7 afirma que:

Tem que ter o maior cuidado no que se diz para não magoar, ofender, caso contrário, os ânimos podem se alterar e quem passa a ser exposto a situações constrangedoras somos nós, com comentários ofensivos e maldosos sobre nossa competência e forma de atender. (M7)

A nossa profissão não permite discriminação, mas existem situações que fogem ao nosso controle e, quando se percebe, já estamos envolvidos em um ambiente totalmente diferente daquele que seria para promover à saúde. (M13)

As falas de M7 e de M3 remetem a uma questão inquietante: Existe uma formação insuficiente negligenciada pelos próprios médicos? Os médicos entrevistados não questionam sua qualificação, suas fragilidades pessoais, o próprio atendimento. Quase sempre insistem que população LGBT é culpada pelo atendimento que recebe, levando a uma questão que é multifatorial, pois envolve usuário, serviço, comunidade e gestão.

As designações dos investigados remetem aos princípios teóricos apresentados por Arán, Murta e Lionço (2008), quando se reporta ao acesso de LGBT nos serviços de Atenção Básica envolve um desconforto que pode levar ao sofrimento, assim como, a uma desvantagem de adaptação que culmina com a exclusão.

6.6.2 Construção do saber médico-científico para saúde LGBT

As Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina (2014) assim como o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação para estabelecer critérios para o perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, ademais, para a compreensão do contexto do pluralismo e diversidade cultural, incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no futuro médico atitudes e valores orientados para a cidadania e capaz de levar à compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença.

Partindo desse pressuposto, nessa categoria, busca-se compreender especificidades na formação médica a fim de estabelecer uma relação com as fragilidades no atendimento. Por meio da análise dos dados transcritos, emergiram duas categorias: o nível de formação dos profissionais representado pela trajetória profissional e a capacitação para saúde LGBT representada por meio de cursos, palestras, simpósios e seminários.

Quadro 1 – Demonstrativo de nível de formação acadêmica dos profissionais que participaram da pesquisa

Profissional	Nível de formação acadêmica	Capacitação para Saúde LGBT
M1	Especialização em Saúde Pública	Não realizou
M2	Residência médica em Pediatria	Não realizou
M3	Especialização em Cardiologia	Não realizou
M4	Especialização em Radiologia	Não realizou
M5	Graduação	Não realizou
M6	Residência médica em Clínica Médica	Não realizou
M7	Residência médica em Pediatria	Não realizou
M8	Especialização em Dor	Não realizou
M9	Graduação	Não realizou
M10	Residência médica em Cirurgia	Não realizou
M11	Especialização em Terapia Intensiva	Não realizou
M12	Especialização em Saúde Pública	Não realizou
M13	Especialização em MBA	Não realizou
M14	Graduação	Não realizou

Fonte: Dados colhidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – Teresina-PI.

Dentre as especialidades referenciadas, aparentemente, a que mais aproxima os médicos do contexto dessa pesquisa, é a especialização em saúde pública, por abordar, também, temas como Atenção Primária à Saúde, epidemiologia e o processo saúde-doença. Nos anos 1990, a natureza social dessa especialização afastava o interesse dos médicos pelo pouco domínio da especialidade no mercado de trabalho e por ser uma especialidade caracterizada como multiprofissional (BELISÁRIO, 1993).

Entre os entrevistados, somente dois apresentaram especialização em Saúde Pública, aspecto que poderia colocá-los em situação mais confortável com relação ao atendimento. No entanto, o M1 e M12 especificaram que o conteúdo da pós-

graduação não contribuiu de nenhum modo para atender às especificidades de pessoas LGBT.

Apenas três médicos (M5, M9, M14) não realizaram pós-graduação. Quando questionados se consideravam importante uma especialização no âmbito da Assistência Primária à Saúde, afirmaram que não. Os médicos associam o desinteresse de se especializar na área em que atuam devido à graduação oferecer o preparo suficiente, pelo estudo dedicado à atenção primária à saúde não ter reconhecimento financeiro e por acreditar que às vivências cotidianas dentro da UBS oferecem maior aprendizado que qualquer sala de aula.

No âmbito da pesquisa, os médicos não realizaram capacitação para o atendimento à saúde LGBT, tampouco, participaram de cursos, palestras, simpósios e seminários sobre a temática. Justificam essa deficiência pela falta de oferta, tempo insuficiente e pouco estímulo do empregador.

Entre as diversas narrativas dos médicos, foi coincidente a afirmação de que na graduação, temas relacionados à saúde LGBT, ao invés de serem abordados com o intuito de promover saúde eram vinculados, com frequência, às doenças sexualmente transmissíveis e doenças psiquiátricas. Esta forma de pensar nos remete a uma questão preocupante que envolve instituições de ensino, docentes e discentes: O ensino médico é fundamentado apenas na cura? Ignorar as questões sociais não desumaniza o outro?

Quando analisamos o ensino da sexualidade nos cursos médicos a partir de Rufino, Madeiro e Girao (2013), fica claro que a qualidade da assistência à saúde sexual depende de uma formação que envolva todos os aspectos relacionados à sexualidade. A autora destaca que existem evidências que uma má formação dos médicos afeta essa assistência e que ainda não é possível certificar como a sexualidade é ensinada.

Partindo desse pressuposto, Farias e Cavalcanti (2012) afirma que os currículos médicos costumam oferecer uma visão reducionista e com frequência valoriza os aspectos biológicos em detrimento daqueles relacionados à construção social da saúde. No entanto, os paradigmas socialmente construídos podem ser modificados por meio de uma mudança da visão social associada à mudança educativa (MILLER, 2012).

Em continuidade ao processo investigativo, a questão seguinte buscou conhecer qual a percepção do médico acerca da trajetória de formação para

atendimento à população LGBT. Nessa questão, todos os entrevistados destacaram que, durante sua formação acadêmica, não houve nenhuma disciplina do curso com conteúdos curriculares voltados para o tema e relações entre o atendimento e os usuários LGBT.

Para os entrevistados, questões generalizadas foram abordadas a partir de temáticas relacionadas à sexualidade no seu contexto amplo, em disciplinas como Psiquiatria, Infectologia, Urologia e Psicologia Médica com tratamentos relativamente superficiais, sem aprofundamento ou apresentações de estudos de casos e possibilidades de vivências especificamente sobre a saúde LGBT.

Ao nos reportarmos ao estudo realizado pelas pesquisadoras Rufino, Madeiro e Giraó (2013), encontrar-se-ão dados que se assemelham aos apresentados pelos investigados deste estudo. Nos estudos da pesquisadora, encontra-se assinalado que os temas mais discutidos que se relacionam à sexualidade e outras particularidades foram relacionados ao câncer, aborto, DST e HIV/AIDS. Em temas que enfocaram questões relacionadas à sexualidade, as abordagens enfatizavam disfunções sexuais, com menor evidência para a homossexualidade e direitos sexuais reprodutivos.

Por conseguinte, destaca-se que as apresentações dos entrevistados não se distanciam da realidade nacional. No Brasil, apesar das propostas de uma política pública voltada o atendimento integral e humanizado à população LGBT e das propostas de remodelação das estruturas curriculares dos cursos de graduação em Medicina, a partir das novas diretrizes curriculares, ainda existem falhas e deficiências no preparo à assistência integral em saúde, principalmente no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, reflexo da falta de preparo no âmbito acadêmico, de especializações, residências e capacitações profissionais.

Nos referenciais de Mello *et al.* (2011) encontrou-se que a atuação médica em questões que envolvem a saúde sexual se mostra limitada no que diz respeito à saúde geral.

Eu trabalho aqui há quatro anos e nunca me chamaram para nenhum curso, nenhuma capacitação, nada! Eu não tenho como saber de política, direitos, de necessidades assim, do nada. (M7)

Notadamente que o atendimento integral e humanizado e a promoção à saúde dessa população dependem do processo de formação médica. Alguns

empecilhos ao atendimento são resultados da falta de orientação de preparo que não se resumem, apenas, ao âmbito da graduação.

Acredita-se que o processo de mudança de concepção com relação à população não se centra somente na melhoria do atendimento nas unidades de saúde, mas, principalmente, no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, Miller (2012), ressalta que o modelo heteronormativo influencia a atenção à saúde, que a mudança desses paradigmas está no ensino, na compreensão das especificidades da população LGBT desde a formação profissional.

As transcrições mostram que se houvesse um compromisso maior entre professores e alunos para superação de preconceitos nas ações de recepção e na transmissão de conteúdos que abordam questões relacionadas à saúde LGBT, o preparo para o atendimento tivesse sido bem melhor, com menos resistências ao atendimento e com outro olhar, rompendo o preconceito que ainda existe no meio acadêmico e profissional, possibilitando um acolhimento humanizado e um atendimento integral.

Existe uma inquietude com o modelo de ensino ofertado nas escolas médicas, no entanto, as mudanças propostas privilegiam uma concepção tecnicista, voltada à valorização de metodologias de ensino centradas no produzir, e não, no questionar. Essas mudanças reproduzem experiências já vivenciadas, sem uma reflexão crítica da sociedade moderna e das demandas sociais. Além disso, essas mudanças curriculares tendem a copiar currículos e modelos de ensino de outras nações, que não atendem às reais necessidades da população que será assistida (BRIANI, 2001).

6.6.3 Delineando fragilidades no cotidiano do atendimento à saúde LGBT

Nessa categoria, os médicos perpetuaram estereótipos sociais construídos historicamente e culturalmente, além de demonstrar uma relação fragilizada com a população LGBT apresentando traços de um acolhimento prejudicial ao serviço e atitudes contrárias à bioética.

A qualidade do atendimento do médico que é ofertado à população LGBT não é uma questão contemporânea, Herek *et al.* (1997) evidenciaram que esta relação

está amparada em uma interiorização da homofobia, que se justifica por um padrão estabelecido de supremacia da heterossexualidade.

Por consequência disso, pessoas LGBT podem encontrar na consulta um profissional que encara sua orientação sexual/identidade de gênero como uma anomalia, levando essas pessoas a aparentarem o que não são para não serem julgadas e silenciando os verdadeiros motivos que os levaram até a consulta. De forma que é possível observar que mesmo 19 após esta pesquisa, as falas dos médicos ainda associam a homossexualidade/transexualidade/travestilidade à anormalidade:

Olha, não dá para tratar o travesti como uma pessoa normal, porque é um paciente de alto risco, precisa ser acompanhado pelo especialista. (M1)

A maneira de falar requer mais cuidado com os homossexuais, do que com as pessoas normais. (M9)

[...] francamente eu acho que deve ter o mesmo (tratamento) de uma pessoa normal, fora dos problemas, dos complexos que ainda existe, esse tabu, mas eu acho que deve ser tratado normal, normal, eu ainda digo pra você normal. (M3)

Os relatos extraídos no discurso parecem revelar uma rejeição irracional à homossexualidade. Nesse ponto de vista, Araújo *et al.* (2006) evidencia que pessoas LGBT não tem suas necessidades de saúde totalmente assistidas por consequência da homofobia, e afirma que, essas pessoas tem medo de revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde por medo do preconceito.

Destaca-se ainda, entre as falas dos médicos, a forte ligação entre a população LGBT e a AIDS. Esta relação pode ser associada à vulnerabilidade em que a população LGBT foi exposta historicamente, o estigma e a discriminação deixavam essas pessoas ainda mais desamparadas no período da epidemia da AIDS, tornando-as protagonistas da doença (AYRES, 2005).

O atendimento aqui é bem completo, tem testes rápidos, exames de AIDS, sífilis, tuberculose, campanhas com preservativos. (M10)

Os homossexuais são bem preocupados com a saúde, vem sempre aqui pedir os exames [...] o problema maior é a quantidade de parceiros, a AIDS [...] o negócio da prostituição, é isso que atrapalha mais mesmo. (M1)

Isso posto, as falas seguintes trazem outra questão relevante: a discriminação às travestis. Dos fatores que dificultam à garantia dos direitos as travestis serviços de saúde, tem destaque: o desconhecimento dos médicos das demandas de saúde, a falta de resolutividade, não respeitar o nome social, o julgamento moral, reprovação pelos gestos, olhares e falas dos profissionais que estão nos serviços de saúde (LIONÇO, 2009; SOUZA *et al.*, 2015; ARAN; MURTA; LIONÇO, 2008).

Tudo bem do paciente ser homossexual. Cada um faz suas escolhas, não sou eu que vou julgar, não estou aqui para isso [...] só que quando eles se vestem de mulher, aí chama atenção e as pessoas condenam. (M8)

[...] quem tem preconceito são médicos com idades mais avançadas, que são mais conservadores, não gostam desse tipo de atendimento, principalmente se for travesti. (M11)

A saber, a Lei Ordinária nº 5.916 de 10/11/2009 que assegura às pessoas travestis e transexuais o direito à identificação por meio do seu nome social, no preenchimento de fichas de cadastros, formulários, prontuários e documentos congêneres, para atendimento de serviços prestados no Estado do Piauí, os médicos entrevistados não conheciam a referida lei, no entanto, M1, M2, M4, M6, M7, M8, M9, M10, M11, M12, M13 e M14 mostraram concordar com essa necessidade e são favoráveis à identificação pelo nome social para evitar constrangimento. Já M3 e M5 discordam, afirmando:

[...] ter dois nomes pode causar confusão na UBS e na consulta. (M3)

A pessoa tem que aceitar seu nome como é! Não tem problema o nome não condizer com a aparência porque existem pessoas normais que têm nome de homem sendo mulher, por exemplo, eu tenho uma prima que se chama Maria João. (M5)

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009) na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, reitera o direito do nome social,

Garantindo-lhe: I – Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. (BRASIL, 2009, p. 11).

Destarte, para transexuais foi sancionado o Processo Transexualizador pela Portaria nº 1.707 de 18 de agosto de 2008 do MS com o intuito de melhor regulamentar suas diretrizes no âmbito do SUS. Lionço (2009) explica que o processo inclui estratégias de saúde utilizadas para transformação do fenótipo masculino para feminino, no caso das mulheres transexuais.

Questionados sobre temas importantes como hormonioterapia, acompanhamento clínico, psicoterápico, cirurgia de implante de silicone e de adequação corporal de sexo como demandas que podem surgir na UBS, os médicos mostraram não ter treinamento para agir com resolutividade, em alguns casos associando até a um transtorno mental. Como nas falas a seguir:

Não existe, que eu saiba, serviço de referência e contrarreferência no município, a partir do meu posto de saúde. (M14)

Bem, nesse caso de mudança de sexo, eu encaminharia para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, lá tem o psiquiatra, ele vai saber o que fazer. (M4)

Nossa, aí você me pegou! Encaminharia para o cirurgião geral, para ele realizar a adequação [...] não tenho conhecimento se faz essa cirurgia aqui porque não trabalho em hospitais neste estado, só aqui neste posto e no estado vizinho. (M8)

Os recortes das falas expõem as condições que transexuais vivenciam quando necessitam de atendimento no SUS. Ao comparar as relações entre o serviço público e privado na saúde, percebem-se as inúmeras fragilidades no serviço público. Transexuais procuram o serviço privado para suprir as deficiências, os que não possuem condições mínimas de custearem os gastos, aderem aos serviços clandestinos por meio de práticas de automedicação de hormônios ou de maneira cirúrgica-caseira, que podem trazer inúmeras sequelas à saúde em geral (FERREIRA, 2016).

Notadamente que também justifica a migração para o serviço privado pela baixa resolutividade e cuidado contrariando o preceito da Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais que prevê o fortalecimento da Atenção Básica, visando ampliar e garantir o acesso da população LGBT aos serviços de saúde, por meio de um atendimento humanizado, respeitando, assim, o compromisso do SUS com seus princípios de universalidade, igualdade e equidade da assistência em saúde.

Essas adequações de leis e diretrizes são para oferecer uma assistência mais respeitosa à população LGBT. Um exemplo disso foi a Portaria nº 1.707 supracitada, que formalizou diretrizes técnicas e éticas para a atenção ao Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde. No entanto, é importante esclarecer que essas diretrizes garantem o direito de mudança das características físicas que não estão de acordo com o sexo do nascimento, contudo, o SUS ainda não consegue atender à demanda em todo seu território devido a precariedade de acesso ao serviço público (LIONÇO, 2009).

A luta pelo direito a saúde LGBT tem como principal representante a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada pelo Ministério da Saúde em 2008. Este marco tão representativo no avanço para promoção da saúde dessa população vulnerável, não era de conhecimento de nenhum dos médicos entrevistados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo percebe-se o quanto são necessárias transformações no processo de acolhimento e atendimento a população LGBT decorrente da falta de preparo integral por parte dos profissionais que participaram da pesquisa.

O objetivo não é questionar a capacidade dos médicos, mas sim fazer despertar para uma nova realidade, capaz de romper conceitos tradicionais e abrir espaços para diversidade. Afinal, saúde LGBT carece de atendimentos personalizados e distinguidos por categorias como assim expressa a sigla LGBT, que apresenta a diversidade sexual.

Neste sentido, alguns aspectos podem ter contribuído para esse despreparo, como: os estereótipos sociais de imoralidade homossexual, a pouca vivência com o tema em toda trajetória de formação, carência de capacitação profissional.

Percebeu-se, por meio dos relatos dos entrevistados e da pesquisa documental, que a trajetória de formação acadêmica e a atuação desses profissionais apresentam alguns distanciamentos, que expressam a falta da exposição de conteúdos relevantes para a formação integral, como no caso das questões relacionadas à população LGBT e suas necessidades específicas, formas de adoecimento, perspectivas de acolhimento e de atendimento humanizado.

O aspecto mais relevante dessa trajetória seria o contato com as necessidades de cada grupo dessa população. No âmbito da pesquisa, ficou claro que a maior parte dos médicos reduz a população LGBT a gays e travestis, silenciando as necessidades de lésbicas, bissexuais e transexuais.

Conhecer as particularidades de cada pessoa LGBT fortalece o vínculo, promove acesso, cria novos cenários de saúde-doença-cuidado. Dessa premissa, a formação médica mostrou-se limitada para responder às diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT.

É um desafio implantar a política de atenção integral à saúde LGBT, tendo-se em conta questões discursivas das políticas públicas e Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina, que não ordena conteúdos que contemplem os aspectos mais expressivos da saúde LGBT, limitando a comentários e exemplificações como complemento de conteúdos de outras disciplinas. Dessa maneira, não foi possível identificar elementos na formação médica que contribuíram para a promoção à saúde LGBT, dentro do universo pesquisado.

Reconhecem-se as dificuldades de sua construção e estruturação, decorrente da escassez de pesquisas relacionadas ao tema abordado, o que dificulta o conhecimento acerca da real situação da saúde da população LGBT, do processo de construção dos saberes acerca da temática e da trajetória de formação do médico no âmbito do atendimento a essa população. Espera-se que este estudo sirva como referencial para a construção de outros trabalhos.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.

ALMEIDA, M. J. de *et al.* Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em Medicina no Paraná. **Revista Brasileira Educação Médica [online]**, v. 31, n.2, p. 156-165, mai./ago. 2007.

AMADIGI, F. R. **Implicações éticas da concepção dos trabalhadores da equipe de saúde da família sobre o direito à saúde**. 2005. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Relação Usuária-Profissional de saúde: Experiência de uma mulher homossexual em uma Unidade de Saúde de referência de Fortaleza. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 323-7, ago. 2006.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2008.

ARD, K. L.; MAKADON, H. J. Improving the health care of lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people: Understanding and eliminating health disparities. **Boston**: The Fenway Institute, v. 30, n. 1, p. 2015, jan. 2012.

APA. American Psychological Association. **Answers to your questions: For a better understanding of sexual orientation and homosexuality**. Washington, DC: American Psychological Association, 2008.

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

BRASIL. **Balanco Semestral do Disque Direitos Humanos**. Balanço das Violações de Direitos Humanos recebidas pelo Disque 100. Brasília, DF: Biblioteca Virtual, 2015. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/balancodisque100>>. Acesso em: 15 jun 2016.

_____. 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, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde – artigo 196-200, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Conselho Federal de Psicologia. **Resolução nº 01/1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Disponível em: <http://www.crpasp.org.br/a_orien/legislacao/fr_cfp_001-99.htm>.

Acesso em: 12 set. 2015.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução nº 489/2006**. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social. Disponível em: <<http://www.rits.org.br/rets/download/campanhas110707.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2016.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 20 de Junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2014. Seção 1. p. 8-11.

_____. _____. _____. Resolução CNE/CES 4/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina**. Brasília: Câmara de Educação Superior, 2001. Seção 1. p. 38.

_____. Ministério da Saúde. **ABC DO SUS: Doutrinas e Princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. _____. Conselho Nacional de Educação. **Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.º116, de 6 de junho de 2014**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014. Seção 1, p. 8.

_____. _____. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_integra_direitos_2006.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2016.

_____. _____. **Diário Oficial da União**. Portaria Nº 2.227/GM de 14 de outubro de 2004. Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB. Brasília, DF: Diário Oficial da União, Seção II, p. 24. 2004b.

_____. _____. _____. Portaria nº 1.707/GM de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2008a.

_____. **Lei n. 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. SUS é legal: legislação federal e estadual. SES/ RS, Porto Alegre, 1990.

_____. _____. Ministério da Educação. Organização Panamericana da Saúde. **PROMED: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

_____. _____. _____. **PRÓ-SAÚDE**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série C – Projeto, Programas e Relatórios. 80p).

_____. _____. Painel de Indicadores do SUS nº5. **Prevenção de Violência e Cultura de Paz VIII**. Brasília, DF: Autor. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_n5_p1.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2016.

_____. _____. **Política nacional de Saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. **Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. LGBT**. Documento em discussão. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.abglt.org.br/port/planos_gov.php>. Acesso em: 2 out. 2015.

_____. _____. **Portaria nº 1.820 de 13 de agosto de 2009**. Brasília: MS, 2009.

_____. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil**: ano de 2011. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Presidência da República, 2012.

_____. _____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasil: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. _____. Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. **Revista de Saúde Pública (Online)**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 570-573, jan. 2008b.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. Brasília, DF: SEDH, 2010.

BANDEIRA, L.; BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 119-141, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

BELISÁRIO, S. A. **Médico Sanitarista**: As Muitas Faces de uma Ocupação. Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

BORRILLO, D. A Homofobia. IN: LIONÇO, T.; DINIZ, D. (Org.). **Homofobia e Educação**: um desafio ao silêncio. Brasília: Editora UnB, 2009. p. 15-46.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre sociologia de P. Bourdieu**. Petrópolis: Vozes, 2003.

BRIANI, M. C. O ensino médico do Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 73-7, set. 2001.

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

GATTI, B. A. Formação de professores no Brasil: características e problemas. **Educação e Sociedade [Online]**, v. 31, n. 113, p. 1355-1379, jan. 2010.

BARBOSA, R. M.; FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 291-300, dez. 2009.

BUTLER, J. **Problemas de Gênero**: Feminismo e subversão da identidade. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013. 236 p.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n.3, p. 647-654, mar. 1999.

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. *In*: ORGS. SIMONE MONTEIRO, W. V. **Estigma e Saúde**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, p. 16, p. 161-77, set. 2004.

CERQUEIRA-SANTOS, E.; CALVETTI, P. U.; ROCHA, K. B. Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do Sistema Único de Saúde. **Interamerican Journal of Psychology**, Porto Alegre, v. 44, n. 2, p. 235-245, ago. 2010.

CRUZ, T. M.; SANTOS, T. Z. Experiências escolares de estudantes TRANS. **Revista Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 24, n. 1, p. 115-137, jan./abr. 2016.

CYRINO, E. G. RIZZATO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 59-69, mar. 2004.

DAWOOD, K. *et al.* Familial Aspects of Male Homosexuality. **Archives of Sexual Behavior**, v. 29, n. 2, p. 155-63. out. 2000.

DUARTE, M. J. O. Políticas Públicas para a população de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais (LGBT). Política editorial e normas para submissão de textos. **Revista ADVIR**, v. 27, n. 12, p. 92, jan./jun. 2012.

FARIAS, L. C. **Acolhimento na Atenção Básica**: Reflexões éticas sobre a atenção à saúde dos usuários. 2007. 78f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) –

Universidade de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

_____. R. S.; CAVALCANTI, L. F. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1755-63, abr. 2012.

FEW, C. The politics of sex research and constructions of female sexuality: what relevanceto sexual health work with Young women? **Journal of Advanced Nursing [Oline]**, v. 25, n. 3, p. 615-25, jul. 1997.

FERREIRA, B. O. **Babado, confusão e gritaria**: Vivências e reflexões da população LGBT no SUS. 104f. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciência e Saúde) – Universidade Federal do Piauí, Teresina (PI), 2016.

FIGUEIREDO, M. G. M. C. A.; STANO, R. C. M. T. O estudo da morte e dos cuidados paliativo s: uma experiência didática no currículo de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeira, v. 37, n.2, p. 298-306, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2015.

FLEURY, S. Reforming health care in Latin America: challenges and options. IN: FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Org.). **Reshaping health care in Latin America**: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico. Canadá: Internacional Developmente Research Centre, 2000. p. 3-24.

GRANT, J. M. *et al.* **Injustice at EveryTurn**: a report of the National Transgender Discrimination Survey. National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 2011.

GOFFMAN, E. **Stigma notes on the management of spoiled identity**. New Jersey: Prentice–Hall, 1963. 147p.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis [online]**, v. 20, n. 2, p. 551-70, mar. 2010.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde**: tecendo saberes e práticas. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, 2009.

HEREK, G. M. *et al.* Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. **Journal of the Gay And Lesbian Medical Association [Oline]**, v. 2, n. 1, p. 17-25, jul. 1997.

KLIGLER, B. *et al.* Core competencies in integrative medicine for medical school curricula: a proposal. **Academic Medicine**, New Mexico, v. 79, n. 6, p. 521-531, mar. 2004.

LAURENTINO, A. C. N. **Políticas públicas de saúde para população LGBT**: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT.

2015. 92 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 43-63, mai. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a04.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

_____. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, abr./jun. 2008.

LOURO, G. L. Pedagogias da sexualidade. IN: _____. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. 3. ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013. p. 7-34.

MAZZARA, B. M. **Estereotipos y prejuicios**. Madrid: Acento Editorial, 1998.

MELLO, L.; AVELAR, R. B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 289-312, mai./ago. 2012.

_____. *et al*. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud e Sociedad**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 9, p. 7-28, dez. 2011.

MILLER, J. Creating inclusive helthcare environment for the GLBT community. **The Official Newsletter of the Networker for Lesbian, Gay and Bisexual Concerns in Occupational Therapy**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1996.

MIRIÉ, M. Estigma y discriminación: vinculación y demarcación. **Revista Paradigmas**, Santos, v. 1, n. 2, p. 83-7, ago. 2003.

OMS. Organização Mundial DE Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10: Descrições Clínicas e Diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1993. Tradução de Caetano D.

OKITA, H. **Homossexualidade: da opressão à libertação**. 2. ed. São Paulo: Sundermann, 2007.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde Manguinhos (Impresso)**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, out. 2014.

PEREIRA, M. A. D. O sofrimento psíquico na formação médica: percepções e enfrentamento do estresse por acadêmicos do curso de Medicina. 2014. 159p. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

RIOS, I. C. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1725-1732, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700084&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

RODRIGUEZ, A. M. M.. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014**. 2014. 182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2014. 182p

RUFINO, A. C.; MADEIRO, A. P.; GIRAO, M. J. B. C. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 178-185, jun. 2013.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução terminológica" do DSM III **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 460- 483, set. 2006.

SALES, S. R. Diretrizes Curriculares. IN: OLIVEIRA, D. A; DUARTE, A. M. C.; VIEIRA, L. M. F. (Org.). **Dicionário: trabalho, profissão e condição docente [CDROM]**. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Educação, 2010.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. IN: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P. (Org.). **Bioética e Saúde Pública**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2003. p. 71-84.

SERANO, J. **Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoat of Femininity**. Berkeley, Ca: Seal Press, 2007. 408p.

SHINDELL, A. W. *et al.* Medical student sexuality: how sexual experience and sexuality training impact U.S. and Canadian medical students' comfort in dealing with patients' sexuality. **Academia de Medicina**, New Mexico, v. 85, n. 8, p. 1321-30, fev. 2010.

SILVA, C. G. **Sexualidade: Dimensão conceitual, diversidade e discriminação**. Comitê Gestor Institucional de Formação Inicial. São Paulo: UNIFESP; S/D, 2008.

SILVA, C. J. V. da; BOTELHO, N. M. A formação médica e a assistência humanizada: o papel da educação e do educador em saúde. **Revista Paraense de Medicina**, Belém, v. 27, n. 2, p. 1- 8, abr./jun. 2013.

SIMÕES, J; FACHINNI, R. Paradoxos da Identidade. IN: _____; _____. (Org.). **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009. P. 90 – 184.

SOUZA, M. H. T. *et al.* Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, abr. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00767.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SOUZA, M. R., KAMIMURA, A. I. M. **Pessoas com deficiência e mercado de trabalho**. França: Seminário de saúde do trabalhador de França, 2010.

SOUSA, P. J. *et al.* Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. IN: Segundo Seminário Nacional de diretrizes para enfermagem na atenção básica em saúde – 2º SENABES. **Anais**. Recife, PE: Associação Brasileira de Enfermagem, 2009.

SOUSA, B. C. D. *et al.* Famílias homoafetivas na estratégia de saúde da Família: uma reflexão bioética. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 39, p. 66-73, abr. 2014.

SOUSA FILHO, A. A política do conceito: subversiva ou conservadora? Crítica à essencialização do conceito de orientação sexual. **Bagoas**, Natal, v. 3, n. 04, p. 59-77, mar. 2009.

STEARNS, P. S. **História da Sexualidade**. São Paulo: Contexto, 2010.

STELLA, R. C. R.; PUCCINI, R. F. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. IN: PUCCINI, R. F.; SAMPAIO, L.O.; BATISTA, N. A. (Org.). **A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social**. São Paulo: Editora Unifesp, 2008. p. 53-69.

VENTURA, M. **A Transexualidade no tribunal: saúde e cidadania**. Coleção Sexualidade, Gênero e Sociedade: Homossexualidade e Cultura. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2010. 164p.

WINTERS, J. R. F. **Formação em enfermagem para o SUS numa perspectiva crítico e criativa**: visão dos formandos, UFSC. 2012. 62f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal São Carlos, São Carlos, 2012.

ZEPEDA, R. J. **¿Qué sea Discriminación y cómo combatirla?**. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, 2004. 62p.

APÊNDICE A – MODELO DE ENTREVISTA APLICADA AOS MÉDICOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

1. Em se tratando de atenção primária, como você visualiza o acesso da população LGBT aos serviços básicos de saúde?
 - 1.1 Qual o conceito de acesso que norteia seu trabalho na Unidade de Saúde?
 - 1.2 Qual sua opinião sobre as condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais?
 - 1.3 Você acredita que a população LGBT tem dificuldade para acessar o serviço de saúde? Por quê?
- 2 Qual a percepção acerca da sua trajetória de formação para atendimento à população LGBT?
 - 2.1 Alguma disciplina teve abordagem direta sobre a saúde LGBT ou sexualidade?
 - 2.2 Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação sobre a atenção em saúde para a população LGBT ou participou de algum curso, palestra, simpósio ou seminário?
 - 2.3 Como você avalia o programa Brasil Sem Homofobia e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT?
- 3 . No contexto das competências, habilidades e na atuação profissional, como suas ações e serviços são dirigidos a população LGBT?
 - 3.1 Como o atendimento a população LGBT é organizado na sua Unidade de Saúde?

- 3.2 Qual a sua opinião sobre o uso do nome social?
- 3.3 Quando solicitado, como é feito o acompanhamento clínico, psicoterápico, encaminhamento pré e acompanhamento pós-operatório e hormonioterapia?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Título do Projeto: Saúde da população LGBT: da trajetória da formação médica à atuação profissional.

Pesquisadora responsável: Flávia Rachel Nogueira de Negreiros Freitas, sob orientação do Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde / Telefone para contato: (86) 3215-5859 / (86) 99469-6244.

À

Unidade Básica de Saúde

.....

Teresina – Piauí

Prezados Senhores,

Eu, Flávia Rachel Nogueira de Negreiros, sob orientação do Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, venho por meio deste Termo de Consentimento da Instituição solicitar de Vossas Senhorias permissão para o acesso a esta Unidade Básica de Saúde com o objetivo de aplicar junto aos médicos desta Unidade a referenciada pesquisa.

Objetivo do estudo: analisar a formação Médica para assistência à saúde integral da população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no entendimento do médico do Sistema Único de Saúde (SUS).

Procedimentos: Estudo exploratório-descritivo. Para a pesquisa de campo, será utilizada uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras de investigação, nas quais você terá o livre arbítrio de responder ou não.

Desconfortos e riscos e benefícios. O estudo não oferece desconforto ou riscos físicos. Entretanto o desconforto que você poderá sentir é o constrangimento de compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos que possa sentir incômodo em falar. O benefício esperado será o conhecimento gerado pra o atendimento à saúde LGBT por meio da entrevista.

Anonimato: O profissional não será exposto em nenhum momento do estudo.

Na certeza de que serei prontamente atendida,

Pesquisadora Responsável

Local: _____ Data: __ / __ / __

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

Título do Projeto: Saúde da população LGBT: da trajetória da formação médica à atuação profissional.

Pesquisadora responsável: Flávia Rachel Nogueira de Negreiros Freitas, sob orientação do Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde / Telefone para contato: (86) 3215-5859 / (86) 99469-6244.

Prezado Profissional,

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa. É importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento, caso venha a consentir a liberação do estudo. O pesquisador deve responder a todas as suas dúvidas.

Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento.

Objetivo do estudo: analisar a formação Médica para assistência à saúde integral da população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT), no entendimento do médico do Sistema Único de Saúde (SUS).

Procedimentos: Estudo exploratório-descritivo. Para a pesquisa de campo, será utilizada uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras de investigação, nas quais você terá o livre arbítrio de responder ou não.

Riscos: O estudo não oferece riscos morais ao profissional, somente o constrangimento em dividir informações pessoais ou sigilosas.

Anonimato: O profissional não será exposto em nenhum momento do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu,

_____, RG:

_____ estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Pesquisador Responsável

Local: _____ Data: __ / __ / __

Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa-UFPI /Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Ininga. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI /Tel.: (86) 3215-5737.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: DA TRAJETÓRIA DA FORMAÇÃO MÉDICA À ATUAÇÃO PROFISSIONAL		
Pesquisador: JOSÉ IVO DOS SANTOS PEDROSA		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 53140316.5.0000.5214		
Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 1.635.168		
Apresentação do Projeto:		
Pesquisa exploratório-descritiva na qual associaremos temáticas e categorias advindas da saúde coletiva, tais como ensino na saúde. Trataremos de uma avaliação qualitativa tendo em vista a qualificação do processo de trabalho voltado à atenção saúde LGBT.		
Todavia, para o desenvolvimento deste estudo, devem-se destacar as abordagens do método qualitativo associadas ao método quantitativo. Este estudo será realizado nas unidades básicas de saúde da Fundação Municipal de Saúde em Teresina-PI por ser o considerado o primeiro contato do médico com o paciente. São considerados sujeitos-chave do estudo médicos vinculados a seis unidades de atenção primária à saúde, eleitas através de sorteio simples. Para coleta de dados serão utilizados a entrevista e pesquisa documental.		
Objetivo da Pesquisa:		
Objetivo Primário:		
Analisar a formação Médica para assistência à saúde integral da população de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGBT) na perspectiva do Médico do Sistema Único de Saúde (SUS).		
Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa Bairro: Ininga CEP: 64.049-550 UF: PI Município: TERESINA Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cop.ufpi@ufpi.edu.br		