



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA – UNIPAMPA
Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
Área de Concentração: Saúde Coletiva
Campus Uruguaiana

NIZAR AMIN SHIHDEH

**A (IN) VISIBILIDADE DO ACOLHIMENTO AO PÚBLICO LGBTTT NO
ÂMBITO DA SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO**

Trabalho de conclusão da Residência, apresentado ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em saúde Coletiva.

Orientadora/Tutora: Prof^a. Dr^a Elisângela Maia Pessôa

URUGUAIANA - RS

2017

**A (IN) VISIBILIDADE DO ACOLHIMENTO AO PÚBLICO LGBTTT NO
ÂMBITO DA SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO**

A (IN) VISIBILIDADE DO ACOLHIMENTO¹ AO PÚBLICO LGBTTT² NO ÂMBITO DA SAÚDE: UM DEBATE NECESSÁRIO

Palavras-chave: Saúde; Saúde Coletiva; LGBTTT

Resumo

O presente artigo teve como objetivo geral apresentar os resultados da pesquisa que buscou investigar, por meio de relatos do público LGBTTT como vem ocorrendo a oferta de serviços no âmbito da saúde. O tema torna-se relevante à medida que discute sobre a (in) visibilidade do atendimento bem como sua implicação na vida de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros que buscam acessar o serviço e que de alguma forma acabam sofrendo algum tipo de violência – nem sempre intencional - profissional ou institucional. Realizou-se pesquisa qualitativa via amostra intencional, tendo

¹ Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que não necessita de precedentes para que seja executada, bem como nenhum profissional qualificado para tal prática. Pode ser definida como a junção dos serviços de saúde, tanto como primeiro contato, quanto o resultado dessa junção. O acolhimento pode ser associado uma prática ética quando dispensada a atenção ao usuário no que envolve queixas, quando se tem interesse em saber como se acometeu a doença e entender o processo de adoecimento do paciente. Em outras palavras, “acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

² **Lésbica:** mulher que se relaciona afetiva e sexualmente com outra mulher; **Gay:** homem que se relacionam afetiva e sexualmente com outro homem; **Bissexual:** pessoa que se relaciona afetiva e sexualmente com pessoas de ambos os sexos/gêneros; **Travesti:** se identifica com um gênero diferente ao que foi registrado ao nascer, mas não se incomoda com a genitália; **Homem Transexual:** foi registrado como 'mulher' ao nascer, mas se identifica como homem, **Mulher Transexual:** foi registrada como 'homem' ao nascer, mas se identifica como mulher (ambos as vezes são chamados de transexuais se desejam assistência médica para a transição de um sexo para outro.); **Transgênero:** pessoa que têm uma identidade de gênero, ou expressão de gênero diferente de seu sexo atribuído (BRASIL, 2008).

como técnica de escolha dos sujeitos o método bola de neve. Foram realizadas entrevistas com onze integrantes da comunidade LGBTTTT. Os dados foram analisados via análise conteúdo à luz do método dialético. A partir dos dados coletados e reflexões geradas, fica evidente que cotidianamente ocorrem ações caracterizadas como GLBTTTfobia. Não raro no acolhimento perdura questões preconceituosas e desrespeito a dignidade humana. Fica nítido a necessidade de capacitações, diálogos e respeito a legislação que apara o atendimento em saúde de forma ampliada.

1. INTRODUÇÃO

Falar de identidade de gênero e da orientação sexual ainda é tabu na sociedade que é pautada na heteronormatividade e no machismo que geram violência, exclusão, opressão e todo o tipo de violência que põe a margem da sociedade tudo que é considerado fora do padrão heteronormativo. Nesse sentido, a população LGBTTTT não raro, passa ser marginalizada e violentada por conta de impactos gerados pelo preconceito que vai refletir no bem-estar social, na saúde, no meio onde vivem, no trabalho, etc.

As questões culturais advindas do padrão heteronormativo podem influenciar, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais da saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, gerando situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (CARDOSO; FERRO, 2012). As consequências causadas pela rejeição social resultam em discriminações e exclusões refletindo na forma de atendimento e acolhimento que esses sujeitos recebem em diversas instituições, pautado em intervenções na maioria das vezes não humanizadas.

Existem profissionais que não tem um olhar ampliado e escuta sensível deixando passar despercebido situações de constrangimento, violência institucional, afastamento de um possível tratamento inicial, fragilizando assim a atenção básica, no caso no tema aqui proposto em saúde, que poderia ampliar

e garantir o acesso à população LGBTTTT, promovendo assim a integralidade e a equidade da atenção integral à saúde. Destaca-se que a garantia de acesso à saúde está preconizada como direito na Constituição Cidadã (1988), fruto da grande mobilização social, que com a luta dos movimentos sociais ganhou o nome de “Movimento pela Reforma Sanitária”, assim a saúde passou a ser integrante ao sistema de seguridade social em decorrência do conceito ampliado de saúde, ou seja, ser saudável não é só a ausência de doença, mas o acesso a direitos básicos e sociais como educação, moradia, alimentação, etc. Todos e todas, independentemente de sua identidade de gênero ou orientação sexual devem ter acesso aos serviços de saúde de forma igualitária, garantindo a dignidade da pessoa humana.

Nesse contexto de discussão elaborou-se projeto de pesquisa com o seguinte objetivo geral: Investigar como os serviços de saúde podem (in) visibilizar o atendimento ao público LGBTTTT no município de Uruguaiana. Deu-se ênfase aos seguintes objetivos específicos: Problematizar como vem ocorrendo o acolhimento da comunidade LGBTTTTs nos serviços de saúde; Verificar se há ocorrência de LGBTTTTFobia Institucional no atendimento de sujeitos atendidos no âmbito da saúde; Identificar se há e quais são os serviços e rede de atendimento ao público LGBTTTT ; Indicar possibilidades de melhoria no atendimento do público LGBTTTT e Pontuar, diante dos resultados, possibilidades de intervenção no âmbito da saúde coletiva. Para tanto, foi realizada pesquisa qualitativa pois, esta trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, sendo esses fenômenos humanos classificados como parte da realidade social. Foram entrevistados (as) onze membros de comunidades LGBTTTTs, via amostra intencional, sendo os dados analisados a luz do método dialético crítico por meio de análise de conteúdo.³

³ Destaca-se que a pesquisa cumpriu com todos os parâmetros éticos de pesquisas com seres humanos, sendo aprovada pelo comitê de ética da Unipampa sob o parecer número 2.391.282

O projeto de pesquisa tornou-se relevante a medida que intui trazer reflexão acerca do atendimento em saúde a partir do acolhimento e atendimento ao público LGBTTT. Vislumbra-se problematizar, se existe LGBTTTfobia, tema envolto em diversos rótulos sociais e preconceitos instituídos vem se manifestado no município de Uruguaiana. Para tanto, buscou-se ouvir esse público, para analisar se já sofreram algum tipo de violência em suas diversas formas de opressão, discriminação e marginalização pela identidade de gênero e/ou orientação sexual quando na busca de atendimento à saúde. Isso torna-se importante no sentido que muitas vezes essas formas de banalização da violência remetem esses sujeitos a situação de vulnerabilidade social, demandando, portanto, por uma atenção que vá além da assistência à saúde, transcorrendo as diversas expressões da questão social. Justifica-se ai necessidade de ouvir os sujeitos que no cotidiano enfrentam diversos entraves ao acesso aos serviços.

Existe necessidade de identificar se ocorre ou não violência institucional no trato a esse público, assim como também entender como ocorre o atendimento desses sujeitos na rede de serviços e como se dá o acolhimento nesses espaços, visando indicar possibilidades de melhorias na hora do atendimento tornando essa abordagem mais humanizada e qualificada. Assim a pretensão não reside na culpabilização dos serviços e profissionais enquanto “inquisição”, mas sim no sentido de promoção de debates que venham informar e garantir melhorias nos serviços de saúde.

2. Saúde em uma perspectiva coletiva: concepções e foco

A saúde é um direito de todos os brasileiros garantido pela constituição federal (1988). De acordo com os princípios do SUS o acesso à saúde deve ser universal e integral, independente da classe social, identidade de gênero, raça, portanto, visa inclusão social. Mesmo com várias fragilidades, essa política pública busca de forma ampliada atender demandas que preconizam a promoção da saúde da população e a prevenção. Destaca-se que o sistema público de saúde tem uma dimensão “verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, de sangue, de transplantes de órgãos e outros” (MENDES, 2013, p.27).

Sendo assim as ações do sistema único de saúde se fazem presentes no cotidiano da população por meio da vigilância sanitária que atua na fiscalização da qualidade dos alimentos e no controle e combate as doenças via vigilância epidemiológica assim como por meio de várias ações visando a qualidade de vida da população. Também atua através da promoção da saúde, educação em saúde e prevenção em uma perspectiva de visualizar a saúde não somente no âmbito física e/ou biológico, mas de forma ampla, o que inclui compreensão sobre os aspectos que envolvem a diversidade sexual dos sujeitos que acessam os serviços de saúde.

Com o objetivo de garantir que o acesso à saúde seja de fato o menos exclusivo surge o conceito “ampliado de saúde”, formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, fruto da mobilização de diversos movimentos sociais que buscavam combater regimes autoritários e a garantia de acesso à saúde a população em meio à crise dos sistemas públicos de saúde. A mobilização dos movimentos sociais teve como objetivo a Reforma Sanitária Brasileira (final da década de 70) caracterizando importante ação de caráter social, materializada posteriormente na carta magna constitucional em 1988. O conceito ampliado de saúde indica que:

a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego,

lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Tal citação contrapõe à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico. O olhar ampliado para saúde defende intervenções humanizadas multiprofissionais de um sistema único de saúde construído com a participação social e que garanta como princípios a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização. A CF de 1988 traz em seu texto o início da ampliação dos direitos sociais:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 37).

A relevância desta garantia preconizada está justamente na explicitação dos determinantes sociais da saúde e da doença, muitas vezes negligenciados nas concepções que privilegiam a abordagem individual - contradizendo muitas vezes o texto promulgado na CF de 1988-, que com relação a organização dos serviços de saúde não parece estar preparado política e tecnicamente a repensar suas ações, e vir adotar outras práticas com o objetivo de trabalhar a promoção da saúde como uma nova forma de intervir, educar e promover saúde visando superar o modelo biomédico por meio de outros princípios norteadores com a intenção de auxiliar na possibilidade de ações concretas de ruptura desse paradigma curativista.

No que se refere à assistência em saúde, o foco e a nova organização do sistema público de saúde brasileiro passam a preconizar ações que exigem articulações intra e interinstitucionais, através do trabalho em equipes multiprofissionais, do trabalho em rede e da participação

social, objetivando ações que possibilitaram grandes avanços do SUS em termos de saúde coletiva no Brasil. De fato, ainda com desafios a serem vencidos, superados somente por meios de ações de saúde coletiva, buscando promover a educação em saúde, a prevenção de doenças, a promoção da saúde, valorizando as ações em equipe interdisciplinar e multiprofissional. Porém para que essas ações sejam eficazes torna-se necessários investimentos e valorização dos recursos humanos por meio de investimentos em qualificações e capacitações. Motta, Buss e Nunes (2001) destacam que as dificuldades na qualificação e requalificação de profissionais da saúde sempre estiveram presentes, constituindo ainda um desafio para o bom funcionamento do sistema.

Quando ocorrem falhas não se atende às demandas e não se garante o acesso, ou seja, falta prevenção, promoção e recuperação da saúde individual e coletiva, o que reflete na dimensão social da saúde, que iniciou com o Movimento da Reforma Sanitária e hoje busca aprofundar por meio da saúde coletiva temas como direitos, cidadania e políticas públicas, visando a busca pela transformação social da população. Assim resumido por Arouca (1987, p. 36):

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informações sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a existência de uma vida digna e decente (...).

Por isso faz-se necessário conhecer os territórios, a população, suas necessidades tanto das instituições quanto dos usuários e seus determinantes sociais para assim identificar possíveis planos de ações para uma intervenção que atenda às necessidades identificadas, da forma que seja uma política social inclusiva e universalizadora e não seja restrita as relações interpessoais e espontaneístas. A que se identificar as determinações sociais que impactam no processo saúde e doença para uma efetiva promoção da saúde, educação em saúde e prevenção de doenças. Ainda que haja distintas definições de promoção da saúde e prevenção, entende-se que

(...) a promoção da saúde não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem estar gerais e a prevenção exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (CZERESNIA, 2003, p. 45).

Por isso, entende-se que saúde não é ausência da doença, mas tudo que pode contribuir para o bem-estar biopsicossocial do sujeito, o contexto, do modo de vida ou ainda, quando é possível se ter acesso a direitos sociais que contribuam para promover e garantir a dignidade humana. Neste sentido, é necessário que se pense em promover saúde na perspectiva de um atendimento com demandas coletivas. Já que o modo de vida, os contextos para a sobrevivência influenciam diretamente na vida da população, envolver nas tomadas de decisões os usuários torna-se fundamental, para assim contribuir nos planejamentos participativos com elaboração de diagnóstico e definição de prioridades em instâncias intersetoriais entendidas como

um processo de construção compartilhado por um amplo leque de atores sociais do Estado e da Sociedade Civil, portanto participativo e democrático, visando a responder às necessidades de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população em todo o percurso de produção da saúde, desde o diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas (CAMPOS, 2004, p 52).

Um planejamento participativo com os usuários e com os trabalhadores do sistema implica em socializar as informações da gestão sobre o andamento dos programas e serviços, os indicadores de serviços pactuados na Comissão Intergestora Bipartite – CIB, os indicadores epidemiológicos e fontes orçamentárias. Implica também em retomar as proposições aprovadas nas Conferências de Saúde e envolver os Conselhos de Saúde Locais e Municipal no processo. Destaca-se que a saúde coletiva é caracterizada como um movimento sanitário que inclui a integração de ciências sociais e as políticas de saúde pública identificando demandas importantes de cunho social, econômico e ambiental que possam trazer consequências indesejadas de epidemias e falta

de estratégias que atuem na prevenção de situações indesejadas buscando ter um olhar ampliado em relação aos sujeitos no sentido de enxergar além da aparência buscando a essência a “pessoa é o objetivo do trabalho, e não a doença. Desta forma a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do paciente” (BASAGLIA, 1985, p. 83).

Assim é preciso investir em uma abordagem humanizada que não somente tenha dimensão corporal da doença, mas ampliar o olhar a um sujeito que tem uma história, sentimentos, direitos e perspectivas, incentivando a participação e trabalhando a autonomia desses sujeitos na tomada de decisões em relação a si mesmos e em relação ao meio em que vivem, por tanto faz-se necessário a busca em promover, educar e prevenir temas que historicamente foram negligenciados pelas práticas biomédicas, curativas e individuais: violência, dependência química, questões de gênero, sexual e etnia, poluição do meio ambiente, saneamento, movimentos sociais na área da saúde mental, de direitos reprodutivos, de portadores de patologia, controle social e participação social, etc. Temas que por si só possibilitam aos envolvidos tanto profissionais como usuários refletir possíveis agravos para busca de formas de abordagens, acolhimentos e atendimentos se despidendo de possíveis leituras preconceituosas, moralistas e higienistas que muitas vezes atrapalham e impedem uma intervenção que poderia contribuir para a transformação na realidade de sobrevivência de usuários e/ou território que muitas vezes carrega uma bagagem de elementos históricos, culturais, políticos, princípios, valores, indicadores e determinantes sociais de saúde e doença.

E essa transformação pode ser realidade se houver o desocultamento dos elementos citados anteriormente, dando visibilidade à demanda coletiva que procura trabalhar demandas que surgem de forma imediata e que podem impactar no meio onde o sujeito está inserido, e que de alguma forma ou em algum momento vai necessitar das políticas sociais que muito tem sido aplicada como forma de complementar a política de saúde. Dentre os temas de reflexão e intervenção em saúde coletiva, emerge a necessidade de debates em torno da

identidade de gênero e identidade sexual para pleno atendimento da diversidade do público que busca atendimento em várias políticas, no caso aqui, a saúde.

3. Saúde, Identidade de Gênero e Identidade Sexual

Torna-se emergente pensar saúde de modo ampliado e mais precisamente quando se trata de saúde em uma perspectiva humanizada que não visa classificar uma única forma a identidade de gênero e identidade sexual, mas que busque a amplitude considerando contextos sociais e pessoais. Reforça-se que saúde não é apenas a inexistência de doenças, mas sim uma combinação resultante de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde” (PERILLO, PEDROSA, MELLO, 2010, p. 2).

Pensando em uma perspectiva de saúde e atendimento ampliado a que se respeitar a identidade de gênero do sujeito que chega até os serviços de saúde. Destaca-se que a identidade de gênero se faz dentro dos contextos sociais e pessoais, desta forma não se apresenta de uma única forma, sendo variável conforme o ambiente em que o sujeito está inserido. Para Hall (2001, p. 07) a crise de identidade é vista como “parte de um processo mais amplo de mudança, que está deslocando as estruturas e processos centrais das sociedades modernas e abalando os quadros de referência que davam aos indivíduos uma coragem estável no mundo social”. Neste sentido, conforme o autor não existe uma única identidade estabelecida, mas a forma como os sujeitos buscam por meio de uma construção outras possibilidades de se identificar no mundo apresentando outras configurações de gênero e sexualidade. Essa noção de identidade deve permear atendimentos, serviços, compreensões e reconhecimento da dignidade humana que acessa políticas públicas como de saúde, e não só voltado ao masculino e feminino, mas um olhar ampliado de várias performances de gênero que podem existir. Não se trata de diferença sexual, mas sim de relação social entre mulheres e hor

homem/homem, mulher/mulher. Porém, na sociedade que resiste em manter o conservadorismo se faz necessário o entendimento que as identidades de gêneros dos sujeitos se constroem no meio social. Scott (1990, p 14) indica que “o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder”.

Nas relações sociais, gênero é entendido como masculino e feminino geralmente é concebido como algo natural ao nascimento, porém nem sempre é entendido como a condição que o sujeito se identifica e que não é ligado a características anatômicas e fisiológicas. No entanto, no meio social as identidades não são fixas e nem pré-determinadas e sim constantemente modificadas (HALL, 2001). Afirma-se que o gênero “institui a identidade do sujeito, pretende-se referir, portanto, a algo que transcende o mero desempenho de papéis, a ideia é perceber o gênero fazendo parte do sujeito, constituindo-o (LOURO, 2010, p. 25). Portanto gênero não se resume ao estabelecido quanto as características impostas ao masculino e feminino, mas além disso, configura-se em um processo de construção dos sujeitos que nem sempre está de acordo com o sexo biológico ou com a genitália da pessoa. Sobre orientação sexual refere-se a atração afetivo sexual por alguém sem estabelecer gênero, mas constituído internamente.

a sexualidade pode ser mais bem compreendida como junção (sobreposta) do biológico, das crenças, das ideologias, dos desejos, dos afetos, das manifestações e práticas sexuais, fatores esses amplamente configurados por aspectos sociais e culturais. Sendo assim, a sexualidade não pode ser caracterizada apenas pela “possível” relação entre sexo biológico, identidade de gênero e orientação do desejo afetivo-erótico-sexual (PRADO; 2010, p. 409).

Igualmente, dentro dessa mesma lógica, está a cisnormatividade, a qual parte do pressuposto de que toda pessoa é cissexual, ou seja, aquelas pessoas que são assignadas com o sexo feminino ao nascer sempre tornam-se mulheres e aquelas assignadas com o sexo masculino, homens (BAUER et al, 2009). Neste sentido ao falar de orientação sexual assim como identidade de gênero entende-se que é um processo de construção estabelecido pelo próprio sujeito

podendo se transformar em plural não se configurando em uma única orientação (heterossexual, homossexual, bissexual, etc.). Do mesmo modo que a heteronormatividade, a cisnormatividade molda a organização social e cria resistência à existência de outras formas de Identidades/expressões de gênero. A construção deste termo visa, entre outras coisas, visibilizar o privilegio e legitimidade dados às pessoas que não seguem o padrão pre estabelecido pela sociedade (SERANO, 2007). Pode se dizer que estes paradigmas não só oprimem à pessoa —desviante, mas também, aquelas que são produto deste e/ou que estão alienados ao sistema como verdade única, uma vez que condicionam à sua existência a parâmetros herméticos, pouco ou nada refutáveis.

4 . Discutindo as bases conceituais e o movimento LGBTTT

Para iniciar a apresentação do movimento LGBTTT, antes faz-se necessário apresentar um conceito sobre movimentos sociais, para Gohn (1995), é a organização da sociedade com a intenção de protestar, lutar, reivindicar, por algum direito, promover alguma mudança desejada ou fazer permanecer alguma decisão que seja favorável a comunidade. O Movimento Social se caracteriza como uma organização sociopolítica e adquire força com a intenção de alcançar o objetivo quando realizados de forma coletiva, estas ações baseadas em constante luta em longo prazo e são pautadas em objetivos a alcançar, dos valores, ideologias e classes envolvidas no movimento. Gohn (1995) conceitua movimentos sociais como;

(...) são ações coletivas de caráter sociopolítico, construídas por atores sociais pertencentes a diferentes classes e camadas sociais. Eles politizam suas demandas e criam um campo político de força social na sociedade civil. Suas ações estruturam-se a partir de repertórios criados sobre temas e problemas em situações de: conflitos, litígios e disputas. As ações desenvolvem um processo social e político-cultural que cria uma identidade coletiva ao movimento, a partir de interesses em comum (GOHN, 1995, p. 44).

No Brasil, a organização popular dos movimentos sociais começa a se organizar na década de 1950 devido a reivindicações dos movimentos organizados nos espaços rurais e depois em espaços urbanos, insatisfeitos com a Ditadura Militar. Como um dos primeiros, a virem a se organizar, destaca-se os movimentos estudantis na década de 1970, assim como os movimentos sindicais. A partir daí, outros movimentos começam a surgir, sendo que os geralmente citados são o Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST), o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MSTS) e os movimentos em defesa dos índios, negros, mulheres e o movimento LGBT. O movimento LGBT começa a surgir a partir da segunda metade dos anos 1970, com as primeiras organizações do movimento negro contemporâneo, como o Movimento Negro Unificado, e do movimento homossexual, como o Somos – Grupo de Afirmação Homossexual, de São Paulo. O nascimento do movimento homossexual no Brasil é marcado pela afirmação de um projeto de politização da questão da homossexualidade em contraste às alternativas presentes no “gueto” e em algumas associações existentes no período anterior ao seu surgimento. O movimento LGBT é organizado pela sociedade civil configurado em diferentes tipos de identidade sexuais e de gênero, as quais compreendem entre elas: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros⁴. Este movimento organizado por diferentes sujeitos políticos em seus coletivos demanda por igualdade de direitos sociais, reconhecimento, respeito, por meio da visibilidade, da transformação social e de ações contra a discriminação e a violência.

Em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais promovendo intensa mobilização de governo e da sociedade civil, tanto nas 27 conferências estaduais, como na etapa nacional que reuniu mais de 600 delegados (BRASIL, 2013, p. 14).

Como forma de buscar fortalecer e dar atenção ao movimento o Estado trouxe para discussão princípios da política LGBT na intenção de legitimá-los e fortalecer a necessidade de trazer como pauta a visibilidade e a participação do público LGBT no controle social para formulação de políticas públicas que reforcem os direitos deste segmento na sociedade, inclusive no âmbito da saúde. O movimento tem como bandeira de luta, a despatologização da homossexualidade por legislação antidiscriminatória, o reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social a que está exposta a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros.

No âmbito da saúde, foi instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011 a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transgêneros e Transexuais (LGBTTT) que tem por objetivo promover a saúde integral LGBTTT eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Para sua efetivação traz em alguns dos seus princípios propostas a seguir:

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança; III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça- etnia e território; VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social (BRASIL, 2011, s.p.).

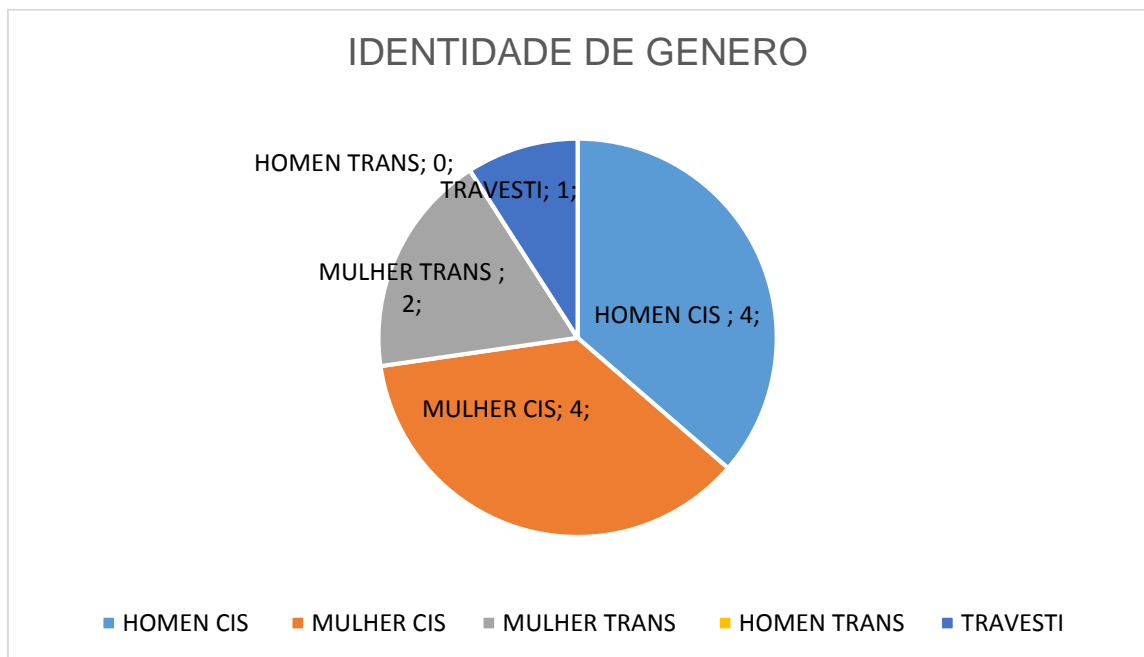
A política nacional de saúde integral LGBTTT expressa não somente o direito a saúde, mas todo um contexto de respeito a dignidade humana via políticas intersetoriais, fomento a processos socioeducativos, bem como

fortalecimento de controle social e atendimento especializado. Pergunta-se então, por qual motivo vivencia-se tanta discriminação e as mais variadas formas de violência e invisibilidade quanto acesso a direitos? Nesse sentido, debate-se agora sobre os caminhos por onde andam os atendimentos em saúde dispensados ao público LGBTTTT.

5. A (in) visibilidade do acolhimento ao público LGBTTTT no âmbito da saúde:

Aqui passam serem apresentados os resultados da pesquisa a partir do olhar dos sujeitos entrevistados. Participaram do estudo onze sujeitos que responderam por meio de entrevista a um formulário com perguntas abertas e fechadas. A faixa etária dos participantes variou em torno de 24 anos sendo que o mais novo tem 18 anos e o mais velho tem 49 anos, percebeu-se que a maioria atua no campo informal, portanto em trabalhos precarizados, mantendo em sua maioria o sustento básico da residência. Quanto a renda em média recebem em torno de dois salários-mínimos que varia conforme a produção mensal da atividade desenvolvida, sendo que o menor salário é de 50,00 a 600,00 reais e o maior de 2.000,00 mil reais. Neste público a média de escolaridade é do ensino médio incompleto, alguns inclusive somente com ensino fundamental. Ficou constatado que o acesso à educação ainda tem se constituído um desafio, pois alguns relatam que interromperam os estudos para trabalhar ou por não resistir ao ambiente familiar e escolar que se apresentou opressor e preconceituoso. Nos gráficos abaixo se da visibilidade quando ao perfil dos sujeitos participantes quanto identidade de gênero e identidade sexual.

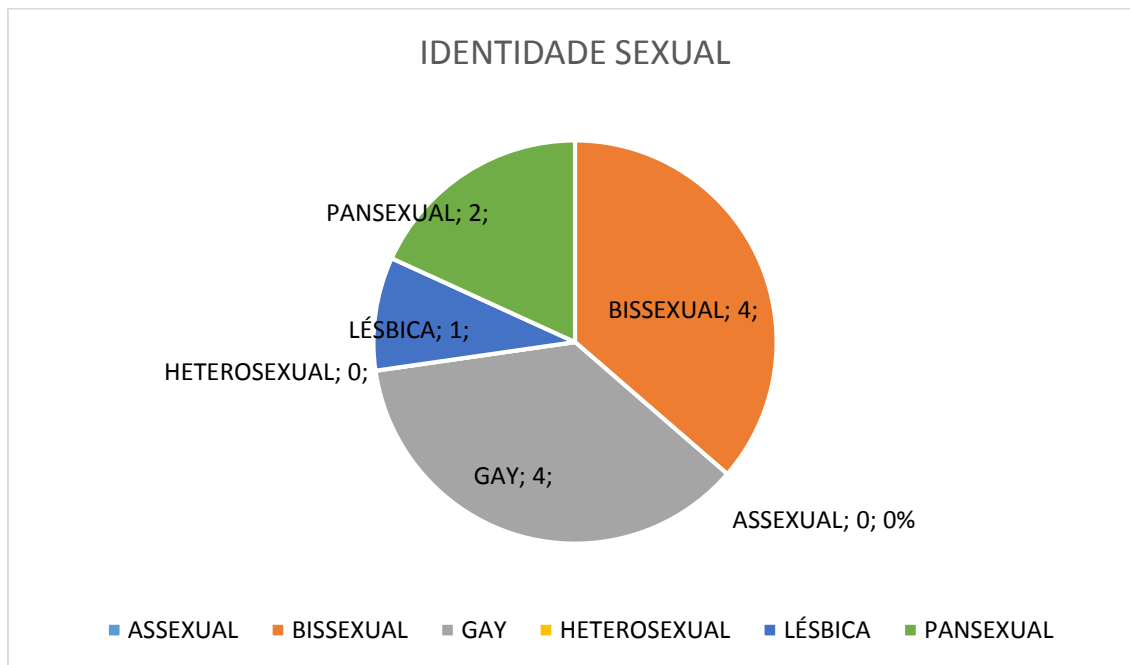
Gráfico 1 – Identidade de Gênero



Fonte: sistematizado pelo autor, 2017.

Quatro das pessoas entrevistadas se auto identificaram como homens cis, quatro como mulheres cis, duas como mulheres trans e uma como travesti, o que indica uma diversidade de identificação. O mesmo ficou demonstrado no gráfico 2 quanto a identidade sexual, pois duas pessoas se auto identificaram como pansexual, uma como lésbica, quatro como bissexual e quatro com gays. Chamou atenção o termo pansexual ainda pouco utilizado, porém já escolhido pelos entrevistados como sendo um sujeito que não tem um desejo definido específico, não se limitam apenas ao gênero masculino ou feminino, mas são interessados em todos os diferentes tipos de sexualidades, como por exemplo os intersexuais (pessoas que se identificam com os dois gêneros: masculino e feminino). Em suma, os pansexuais sentem atração por todos os gêneros sexuais existentes, sem distinção e não se limitando a binária de gênero homem – mulher.

Gráfico 2 – Identidade Sexual

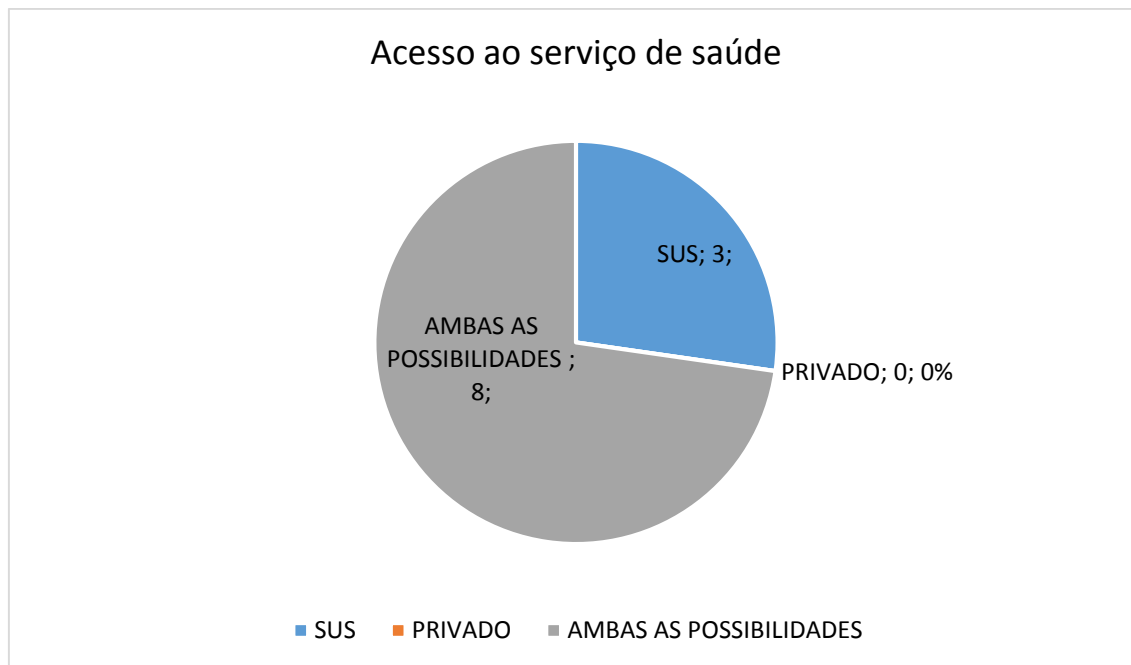


Fonte: sistematizado pelo autor, 2017.

5.1 A estrutura de atendimento em saúde para comunidade LGBTTT

Foi questionado aos e as participantes quanto ao acesso aos serviços de saúde, mais da metade 73 % respondeu que a forma de acesso ao serviço de saúde é de ambas as possibilidades, tanto via SUS quanto procura por atendimento privado, como pode-se ver abaixo:

Gráfico 3 – Acesso ao serviço de saúde



Fonte: sistematizado pelo autor, 2017.

O motivo que justificou a procura pelo acesso à saúde em ambas as possibilidades foi indicado levando em conta a falta de um serviço especializado que garanta um tratamento adequando as necessidades desses sujeitos como podemos perceber na fala da participante Vermelha:

procurei algumas vezes o posto de saúde perto da minha casa para iniciar um tratamento de hormonioterapia, lá além de não acessar o tratamento, não recebi nenhum tipo de orientação de como proceder e onde chegar, além de que quando a pessoa chega no postinho tu já percebe que todos os olhares estão focados em ti, a pessoa que está na recepção nem ao menos te olha nos olhos, não tem quem aguente tamanha indiferença, e digo isso não porque é público e que o privado seja melhor, já passei por situações parecidas no privado também, e mesmo com minhas limitações financeiras por enquanto para o meu tratamento procuro a rede privada que acaba me orientando, me ouvindo e garantindo ainda que pago o acesso a um tratamento.

Assim, o afastamento do serviço de saúde é gerado tanto pela falta de um atendimento especializado quanto pelo acolhimento estigmatizado e em muitas situações opressor, ainda justificado pela falta de conhecimento, crenças, preconceitos. Nas falas a seguir, percebe-se que o estigma do HIV/AIDS conhecida nos anos 80 como a “peste gay” e que por muito tempo foi atribuído aos gays ainda é muito presente. Os participantes foram unânimes em trazer relatos referentes ao acolhimento logo direcionado ao teste rápido independente do objetivo da procura ou tratamento ao serviço de saúde, sendo assim se pressupõe que todo o membro de comunidade LGBTTTT tem a doença. Como podemos observar a seguir a mesma postura ocorre em relação a doença como ao acolhimento bastante prejudicado no cotidiano de intervenções no âmbito da saúde:

o acolhimento é logo voltado ao HIV, a doenças (LILAS) .

o acolhimento tem caráter de desprezo e julgador (AZUL).

no acolhimento não existe respeito com relação a orientação sexual, o atendimento é frio e julgador da parte de alguns profissionais (...) Eu mesma muitas vezes procurei aguentar até as últimas consequências de dores em casa antes de ir procurar o postinho porque sabia que talvez voltaria mais doente quando voltasse para casa já sabendo como seria o tratamento em relação a mim. (MARRON).

existe um preconceito nos olhares julgadores, nos cochichos, acredito que é falta de respeito, é um preconceito velado (AMARELO).

Parte-se do pressuposto que esse segmento evita procurar os serviços públicos de saúde por acreditarem que serão discriminadas/os e não terão suas necessidades específicas e gerais atendidas. Outro fator tem relação as/os profissionais de saúde, sobretudo na relação médico-paciente baseiam suas ações em uma premissa da heteronormatividade, não se capacitando e/ou não sendo capacitadas/os, para a atenção à complexidade das questões de saúde demandas pela população LGBTTTT, em especial, das/os transgênero, transexuais e travestis (*Trans*). Conforme os relatos dos/das participantes, identifica-se que muitos usuários e

usuárias do sistema de saúde são submetidos a atitudes preconceituosas e discriminatórias, operando como elementos de perpetuação dos estigmas em torno dessa população.

já passei por situações péssimas onde eu menos esperava passar que era na saúde quando fui procurar tratamento para uma alergia que surgiu nas minhas partes íntimas e o médico pediu para que eu ficasse totalmente nua, naquele momento me senti muito mal, porque entendia que ele é um médico, mas achei que não teria necessidade de ficar totalmente sem roupas, mas fiz o que ele pediu ele nem sequer examinou mandou que eu me vestisse e mandou eu fazer o teste rápido, deu negativo para as doenças, mandou eu usar uma pomada e disse que eu retornasse lá, retornei depois de um tempo, ele então mandou que eu fizesse o teste rápido novamente, achei estranho mas fiz, novamente deu negativo e sai sem respostas ao que fui procurar [...] já precisei retornar lá com o mesmo médico outras duas vezes e as mesmas duas vezes ele mandou eu fazer o teste rápido e eu já imaginando que ele iria pedi já ia com os testes anteriores na bolsa mas ele sempre dizia que aqueles não tinham mais validade. Estar na frente dele para mim era sempre desconfortável (...) porque tenho um relacionamento com meu namorado de alguns anos já e ele mesmo nunca tinha me visto nua na luz e ter de ficar naquela situação na frente de um estranho mesmo sendo um médico e ainda ser tratada com desprezo como foi feito me abalou muito. (MARRON)

Na fala anterior percebe-se nitidamente a presença de uma ação profissional de total desprezo e estigmatizado. Conforme Freire (1971); o homem é um sujeito da história, e na sociedade capitalista os opressores transformam os oprimidos em objetos, por isso, a informação, o diálogo é “bancária” que percebe o usuário como um “sujeito” desprovido de informações e o profissional como o sujeito capaz de depositar conhecimentos, conduz a opressão porque nela os sujeitos são objetos. O profissional não oferece consideração a usuária, não oferece diálogo, não pede mais informações para aprofundar as causas do problema e estigmatiza a enfermidade que ela apresenta. Na fala a seguir é possível identificar uma ação profissional negligenciada e de desinformação da parte da profissional:

para mim foram dois momentos muito ruins quando fui procurar o serviço de saúde, um deles foi quando fui fazer uma consulta ginecológica, falei espontaneamente minha orientação sexual

por entender que isso seja normal e seria importante a médica saber já que desde minha entrada não havia sido perguntado, a profissional me disse que eu não precisava consultar já que não tinha relações sexuais com homens, eu fiquei pasma e pensei na hora o que faço agora, fico sentada na frene dela esperando para ver o que ela vai dizer ou levanto e saio? (LARANJA).

Diante destes dois relatos, confirma-se o distanciamento do público LGBTTT aos serviços de saúde, ações que contribuem para o agravamento de situações de saúde causados pelo medo do constrangimento, da violência institucional e violência de gênero que causam sérios danos a vida desses sujeitos que já carregam uma carga de violência ocasionados em muitos casos no ambiente familiar, escolar, do trabalho. Estas experiências discriminatórias no SUS e/ou nos serviços particulares de violência simbólica e/ou dentro da hetero-cis-normatividade remetem as e aos usuários a automedicação; a procura de produtos e serviços clandestinos que resultam em situações complicadas e põem em risco a vida dessas pessoas, além de que vão contra ao princípio da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (2011) que indica:

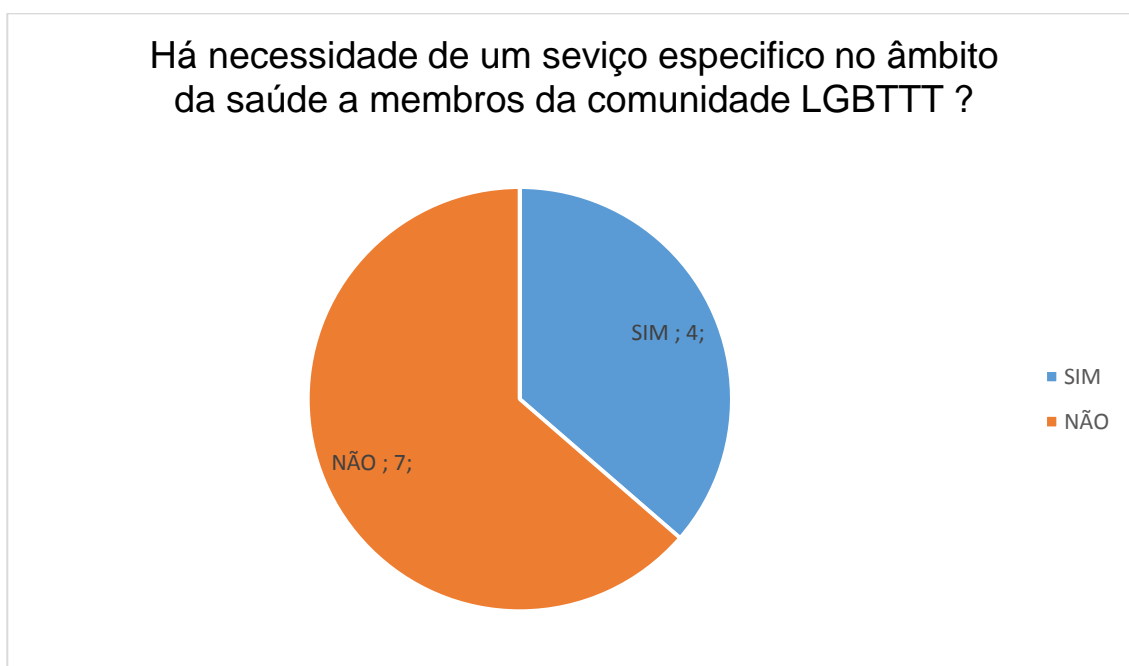
I - respeito aos direitos humanos LGBT contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2011,s.p.10.)

A mesma política prevê atenção integral, capacitações a equipe e trabalhadores e trabalhadoras dos diferentes serviços do SUS, que devem se manter atualizados e cientes das políticas públicas existentes na atenção à população LGBTTT, assim como dos demais princípios de inclusão existentes. É também fundamental uma educação continuada, a qual é ferramenta indispensável dos sistemas de saúde para assegurar a qualidade e pertinência das ações para a atenção às necessidades em saúde

5.2 Possibilidades de intervenção no âmbito da saúde coletiva para comunidade LGBTTT

Foi questionado aos (as) entrevistados (as) se eles acreditam que há necessidade de atendimento ou serviço específico no âmbito da saúde aos membros da comunidade LGBTTT, 64% das (os) entrevistadas (os) responderam que não deveria ter um serviço específico, mas que os profissionais deveriam ser capacitados para entender a dinâmica e os processos de mudanças, assim como terem a consciência de que estão trabalhando com pessoas e por esse motivo é necessário um acolhimento mais humanizado, que se tenha escuta e olhar para quem chega até o serviço e se sinta acolhido e respeitado.

Gráfico 4 – Necessidade de um serviço específico no âmbito da saúde.



Fonte: sistematizado pelo autor, 2017.

A justificativa também para que não se tenha um serviço específico vem no sentido de amenizar o estigma social que esse público enfrenta e que por muitas vezes os afasta de procurar o atendimento de saúde para evitar

constrangimentos ligados a imagem/aparência, as IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e ao nome social que por muitas vezes o profissional que atende apresenta-se resistente em utilizar-se deste direito amparando-se na burocracia. Embora exista a necessidade e garantia de serviços específicos alguns sujeitos encararam que não deveria ter um serviço exclusivo na perspectiva de não gerar mais exclusão.

Já 36% das (os) entrevistadas (os) respondeu que sim, que é necessário um atendimento específico ao público LGBTTT com profissionais capacitados, acreditam que assim o acesso seria maior por entenderem que não haveriam julgamentos e os objetivos buscados atendidos. Quando indagados em que possibilidades de melhorias no atendimento poderiam ser buscados no âmbito da saúde nove entrevistados trouxeram a importância do acolhimento, da informação e da capacitação dos profissionais acerca do tema gênero, sexualidade e saúde LGBTTT:

acredito ser de extrema importância que assim como é necessário melhorias no serviço de saúde no geral é necessário também um olhar capacitado quando se tem a procura de alguém que não está feliz com a identidade que lhe é atribuída e que neste sentido precisa de um olhar e de um atendimento especializado mais acolhedor para se auxiliar neste processo, mas que mesmo tendo essa consciência de que é necessário essas melhorias não saberia que tipo de sugestão oferecer (LILÁS).

Já participante Amarelo respondeu:

é necessário capacitações, palestras, cursos de conscientização de que não somos monstros, aberrações, pecadores e nem desviados de um processo da natureza humana, somos pessoas que também temos sentimentos, sonhamos em ter uma família, amamos e somos amados, participamos da evolução das coisas e da progressão da sociedade pagamos também nossos impostos e contribuimos em muitas coisas com nossas ideias, temos profissão ajudamos no desenvolvimento social da sociedade e queremos ser vistos como tais, um exemplo de melhorias é essa tua pesquisa que nos dá a oportunidade de ter voz, expressar o que queremos, nos tira da margem, porque não somos a minoria, somos a maioria.

Ideias, crenças explícitas e implícitas os contextos socioculturais a falta de um diálogo entre profissionais e usuários dificultam e impedem, um olhar atento e uma escuta sensível que são necessárias para que se tenha êxito no acompanhamento e eficácia para um atendimento mais humanizado e resolutivo conforme a Política Nacional de Atenção Integral a saúde LGBTTT (2011) no princípio quarto, onde se preconiza eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT e o princípio quinto quanto a implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis. Para isso é preciso abertura e sensibilidade humana para aceitar o que não é igual a si ou que não segue aquilo que se pensa ser o certo.

os profissionais precisam entender que as coisas evoluem, mudam e junto com essas mudanças a forma de atender e tratar com as pessoas também, na verdade desde que o mundo é mundo sempre existiram pessoas que não se conformavam com aquilo que lhes era imposto, só que antigamente essas pessoas eram tratadas como doentes, loucas e excluídas da sociedade, hoje claro que ainda acontece esse tipo de situação, mas parece que temos o mínimo de liberdade para nos posicionar e buscar auxílio, a pouco tempo fui por conta própria buscar auxílio de uma psicóloga porque estava passando por algumas dificuldades de convivência com a minha mãe (...) durante a consulta a psicóloga fez várias perguntas e não sei como chegou na pergunta sobre minha orientação eu falei tranquilamente (..) eu disse que minha mãe não sabia (...) quanto a saber dos meus desejos foi algo que começou a fluir em mim e que eu não sabia explicar mas que isso não me atrapalhava em nada, ela então pediu para que a próxima consulta fosse com minha mãe, quando cheguei na próxima consulta ela nem se quer falou mais comigo e falava so com a minha mãe e disse que iria me encaminhar para um psiquiatra, fui ao psiquiatra ele nem se quer deixava eu falar muita coisa e nesta vez foi junto com a minha mãe também e ainda disse para ela que eu estava passando por uma fase de rebeldia e que isso iria passar com um tempo que era só uma fase. No fim os dois profissionais não me auxiliaram em nada e ainda me faziam pensar que o problema era comigo em função da minha orientação sexual (VERDE).

Como consequência de determinadas ações, estas podem gerar traumas ocasionados por constrangimentos, frieza e indiferença no acolhimento ou consulta que podem levar ao afastamento antes mesmo de se criar vínculo

levando a desistência de possíveis ou futuras procuras criando assim barreiras e desconfiança na equipe do serviço de saúde. Para Marx (1989); o homem na sociedade capitalista vive conflitos que emergem das relações de opressão criadas por um modelo excludente e castrador das vontades e desejos de criação e expressão livre. Nesse sentido, vários problemas diagnosticados como desajustes de conduta social são classificados desse modo para criar modelos de comportamento aceitáveis socialmente. A opção de fuga cria estereótipos, preconceitos e instituições que vêm domesticar os corpos desajustados socialmente. Desses conflitos ocasionam os distanciamentos que podem prejudicar ações em todos os sentidos tanto na aproximação e acesso dos usuários aos serviços de saúde quanto a uma possível aproximação da equipe de saúde da família no domicílio dos mesmos.

O acesso limitado e fragilizado na busca de uma orientação e/ou auxílio as necessidades relacionadas a orientação sexual ficam fragilizadas quando não há a garantia tanto de um serviço especializado quanto um profissional ou equipe que acolha, entenda e participe junto do processo de amenização do sofrimento de quem busca ser entendido em meio a um processo de adoecimento e tão violento que atingi tanto a saúde mental, a do corpo e as relações sociais tão precarizadas e opressoras. Destaca-se que reconhecem que necessitam de atendimento:

sim a psicologia, a psicanalise iria facilitar muito o acesso das pessoas trans para hormonioterapia, cirurgia de resignação sexual por que iria amenizar o sofrimento que vem da família. Tem gente que tem dificuldade de reconhecimento pela imposição da heteronormatividade a exaltação do falo e o desprezo da vagina (ROXO)

As relações de gênero sobrepõem um gênero sobre o outro como o masculino sobre o feminino e dessa sobreposição visualiza-se uma pirâmide de privilégios onde o homem cis em uma sociedade machista é privilegiado em relação a mulher cis e estes em relação aos homens homossexuais que por sua vez acabam por ter privilégios em relação a lésbicas e estas categorias em

relação a pessoas Trans e Travestis em uma situação de privilégios acabam ficando a margem da sociedade.

é necessário ter projetos de inclusão, que trabalhe o respeito as diferenças e que isso contribua com o tratamento que for buscado e não que atrapalhe mais, não precisa nem ser pessoas LGBT's para realizarem esse tipo de projeto, mas que respeitem, sejam mais humanos e não tenham preconceito. (LILAS).

Projetos de inclusão que trabalhem o respeito as diferenças também são preconizados na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde LGBTTTT (2011, s.p.8);

inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais.

A capacitação como forma de levar informações aos trabalhadores, as escolas, aos grupos sociais, empresas, etc. é mais que necessária no intuito de contribuir e amenizar situações de violência e constrangimento que levam a exclusão, assim de nada adianta exigir atenção integral e qualificada se temas como Orientação Sexual e Identidade de Gênero, nome social, tratamento especializado as demandas da população LGBTTTT não forem apresentadas e debatidas conforme preconiza a diretriz 6ª da Política Nacional de Atenção Integral a saúde LGBTTT que indica a necessidade de “difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS” (BRASIL, 2011, s.p.21).

O medo imposto no meio familiar e nos círculos sociais contribuem para silêncio e sofrimento solitário, os sujeitos acabam guardando para si seus medos, suas denúncias, seus constrangimentos e acabam se tornando vítimas de um sistema opressor hetero-cis normativo que induz essa população e se perceberem como pessoas doentes ou problemáticas, com confusões mentais e

causadoras dos problemas que vivenciam. A participante a seguir quando questionada se tomou alguma atitude em relação a situação de violência que sofreu no atendimento psicológico respondeu: “não porque meus pais não sabiam da minha orientação sexual, então de alguma forma pensei que as coisas poderiam piorar” (LILAS) .

Uma forma de violência que o público LGBTTTT acaba sofrendo ao buscar o serviço de saúde é a forma depreciativa e desinteressada que é dada a diversidade, essas ações repercutem na qualidade de vida destas pessoas, na sua autoestima e viola seus direitos e liberdades.

uma vez fui consultar no postinho do meu bairro, faço uso do nome social mas na hora de ser chamada para o atendimento fui chamada pelo nome do finado, senti um frio na barriga e fiquei sem reação, esperei um pouco mais e fiz que não era comigo, fui embora para casa sem ser atendida. Quando cheguei em casa me senti a pior das pessoas por não ter levantado e feito um barraco na hora que a atendente chamou pelo outro nome (ROXO)

O acolhimento é a porta de entrada dos serviços de saúde, vai depender dele a continuidade e efetivação do que se pretende buscar. Faz parte do acolhimento humanizado o respeito pelo nome social e o uso adequado dos pronomes por parte das/os profissionais e trabalhadoras/os da saúde. O seu uso é de suma importância na relação e empatia destas pessoas com a equipe e para a criação do vínculo que é de extrema necessidade e que vai pautar a saúde da pessoa que está procurando ser atendida, assim como a sua adesão aos futuros orientações, terapias, procedimentos, etc. Ficou claro na fala dos (as) entrevistas que não se quer muito em termos de melhoria uma vez que foi indicado, respeito, necessidade de pesquisa de possibilitem diálogos, projetos socioeducativos e mais do que nunca respeito a dignidade e autonomia do ser enquanto sujeitos detentores de direitos.

Notas Finais

Diante desta pesquisa, fica constatado que os serviços de saúde não possuem estrutura e nem profissionais capacitados para trabalhar a diversidade no seu todo. Sendo assim, respondendo ao problema de pesquisa a medida que o serviço oferecido não é qualificado em relação as demandas recorrentes a identidade de gênero e orientação sexual, nem respeita as garantias constitucionais, está sim (in) visibilizando o atendimento que deveria ser garantido. Existem barreiras em relação ao acesso da população LGBTTT na busca por um atendimento de saúde. O acolhimento quando ocorre é estigmatizado e opressor causando (in) visibilidade no atendimento quanto as necessidades e particularidades desse público, gerando assim violência institucional norteada pela discriminação, ou seja, LGBTTTfobia - preconceito profissional e institucional que contribui para o aumento das desigualdades vindo a refletir na não consolidação do SUS enquanto sistema universal, integral e equitativo -.

Essa LGBTTTfobia pode ser observada na ineficiência de um olhar humanizado, agravado pela falta de compreensão quanto a diversidade presente dentro da população LGBTTT, que apresentam demandas, que variam para lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros. A LGBTTTfobia pode estar sendo perpetuada pela falta de capacitação e despreparo dos profissionais de saúde que se manifesta em ciclos de violência, como a dificuldades em ter garantido um atendimento em saúde humanizado, equitativo e integral, além de encontrar dificuldades, que causam sofrimento e constrangimentos diversos, o que impede que demandas particulares e específicas sejam atendidas, entre elas, por exemplo, a garantia de uso do nome social de travestis e transexuais, a prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e também de novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais, bem como ampliar o acesso aos tratamentos dessas doenças.

Destaca-se nesse contexto a importância de profissionais comprometidos em defesa do atendimento equitativo. Destaca-se a importância do profissional do Serviço Social que tem seu código de ética (Lei 8.662/93), pautado no respeito a autonomia, liberdade em oposição contra qualquer forma de preconceito em garantia e preservação dos direitos humanos.

Referências

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. Democracia é saúde. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, Brasília. Anais...Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 35–42.

BASAGLIA, F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.

BAUER, Greta R.; HAMMOND, Rebecca; TRAVERS, Robb.; KAAAY, Matthias; HOHENADEL, Karin M.; BOYCE, Michelle. “I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives”: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of The Association of Nurses in Aids Care*, v. 20, n. 5, p.348-361, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, 2009.

_____. Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e de promoção da cidadania homossexual. Brasília: Conselho Nacional de Combate à Discriminação; 2004.

_____. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério de Saúde; 2008a.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1987.

_____. Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, transgêneros e Transexuais - Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania GLBT; 5 a 8 de junho de 2008. Brasília, DF.

CAMPOS, G. W.; BARROS R.B.; CASTRO A. M. Avaliação de política nacional de promoção de saúde. Ciências e Saúde Coletiva, 2004.

CARDOSO, M. R. FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: Demandas e Especificidades em Questão. Psicologia: ciência e profissão, v. 32, n.3, p.552-563, 2012.

CZERESNIA D. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FREIRE, Paulo. Educação como Prática de Liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1971.

GOHN, Maria da Glória. História dos Movimentos e Lutas Sociais: a construção da cidadania dos brasileiros. Edições Loyola. São Paulo, Brasil, 1995.

HALL, Stuart. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2006.

MARX, Karl. Contribuição para a crítica da economia política. São Paulo: Mandacaru, 1989.

LOURO, G. L. O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade. Minas Gerais: Editora autêntica, 2010.

MELLO, Luiz, PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade - Sexualidad, Salud y Sociedad REVISTA LATINOAMERICANA ISSN 1984-6487 / n.9 - dec. 2011 - pp.7-28 / Mello, L.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios - As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva Estud. av. vol.27 no.78 São Paulo 2013.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Londrina, 2001. Revista Olho Mágico. Disponível em: <www.ccs.uel.br/olhomagico/v8n3/enfoque.htm>. Acesso em: 22 de Set. 2017.

PRADO, Vagner Matias do. Sexualidade (S) em cena: as contribuições do discurso audiovisual para a problematização das diferenças nos espaços escolares. Dissertação, Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, Brasil, (2010).

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In: Educação e Realidade. Porto Alegre, v.16, n.2, p., 5-22, jul/dez., 1990.

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

Formulário de Entrevista

PROJETO: (IN) VISIBILIDADE LGBTTT NO SERVIÇO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA

I - Dados Básicos de Identificação:

Nome/Nome Social: _____

Idade:_____Profissão/ocupação:_____

Grau de escolaridade:_____

Renda mensal: _____

II – Inserção LGBTTTs

Identidade de Gênero:

Homem Cis () Mulher Cis () Homem Trans () Mulher Trans () Travesti ()

Identidade Sexual:

Assexual () Bissexual () Gay () Heterossexual () Lésbica() Panssexual ()

III – Acesso aos serviços de saúde

Acesso à saúde

() SUS () Saúde Privada () ambas possibilidades

Costuma acessar o serviço de saúde (UBS/ESF/Pronto atendimento/ hospital)?

Sim () Não ()

IV – Saúde x Atendimento LGBTTTs

Identifica serviços específicos de atendimento as necessidades de saúde de membros da comunidade LGBTTT's ?

() Não () Sim.

Quais? Quando acessou o serviço de saúde teve sua identidade de gênero respeitada?

Sim Não

Se usa nome social teve algum problema de ter esse direito garantido?

Sim Não

Como vê o acolhimento dos serviços de saúde quando se trata de um membro de comunidade LGBTTTs?

Já passou por alguma situação de constrangimento por ser membro de comunidade LGBTTTs quando procurou serviços de saúde?

Não Sim. Qual foi o constrangimento e em que situação sofreu o mesmo?

Na tua opinião o que motivou o constrangimento sofrido?

De que forma o referido constrangimento lhe afetou? Tomou alguma medida em relação ao constrangimento sofrido? Por quê?

V – Sugestões quanto acesso à saúde das comunidades LGBTTs

Acredita que há necessidade de atendimento e/ou serviços específicos no âmbito da saúde a membros de comunidades LGBTTTs? Em caso afirmativo quais seriam?

Que possibilidades de melhoria do atendimento do público LGBTTT poderiam ser buscadas no âmbito da saúde?