

ROSEANA MARIA BARBOSA MEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA
POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E
TRANSEXUAIS: EXPRESSÕES DE JUSTIÇA SOCIAL?**

BRASÍLIA-DF

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

ROSEANA MARIA BARBOSA MEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA
POPULAÇÃO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E
TRANSEXUAIS: EXPRESSÕES DE JUSTIÇA SOCIAL?**

Tese apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

BRASÍLIA-DF

2018

ROSEANA MARIA BARBOSA MEIRA

**A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO
DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS:
EXPRESSÕES DE JUSTIÇA SOCIAL?**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 19 de abril de 2018.

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa
Presidente

Prof. Dr. José Geraldo de Sousa Júnior
Examinador externo

Prof. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá
Examinadora externa

Prof. Dra. Débora Diniz
Examinadora interna

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça
Examinadora externa

DEDICATÓRIA

A Barbara Meira e Vitor Meira Wanzeler, amores infinitos. Que vocês possam ter esperança, sonhar e ser construtores de um mundo livre, digno e solidário. Em defesa da vida, sempre.

A Luciano Agra (*in memoriam*) que, mesmo na ausência, sempre está presente. Por ter compartilhado minha vida com você, que foi tão rica em trocas e aprendizados.

A Dandara, travesti cearense brutalmente espancada e morta a tiros, em uma das ruas de Bom Jardim, em Fortaleza, no dia 15 de fevereiro de 2017. Minha indignação contra a violência recorrente direcionada à população LGBT e contra a banalização da vida.

A Marielle Franco, vereadora, negra, favelada, lésbica, ativista dos direitos humanos, executada em 14 de março de 2018, no centro do Rio de Janeiro. Não vão calar a sua voz guerreira. Somos todas Marielle.

Aos sábios sujeitos que, no cotidiano, sabem relativizar os problemas e encontrar novos caminhos. Dessa forma, transformam o tédio em melodia.

AGRADECIMENTOS

“A esperança não murcha, ela não cansa, também como ela não sucumbe a crença. Vão-se sonhos nas asas da descrença, voltam sonhos nas asas da esperança”.

Augusto dos Anjos

Aos sujeitos participantes desta pesquisa que generosamente se mostraram disponíveis e dividiram comigo suas experiências, acolhimentos e ensinamentos.

À minha mãe Ana Paula Meira, por sua grande luta ao longo da vida, incentivadora dos meus estudos, e por me ensinar esse caminhar.

Ao meu amado irmão Vital Borba de Araújo Jr., pelo exemplo, generosidade e irretocável cuidado com nossa mãe, nas minhas ausências, sobretudo no último ano que dediquei a este trabalho, meu eterno amor e gratidão.

À Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, pela confiança e apoio, por estimular voos e por ser minha irmã de sonhos.

À Universidade Federal da Paraíba, por possibilitar minha liberação para desenvolver este trabalho de qualificação.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pela possibilidade de realização do curso de doutorado, fundamental para minha qualificação e formação profissional.

A Eliésio Alcantara Lima - Seu Lima, assistente da Direção da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, pela disponibilidade em me atender com solicitude.

Aos professores e, especialmente, aos componentes da banca, pelas contribuições valiosas na realização deste trabalho.

À professora e amiga Ana Valéria Mendonça, pelo acolhimento, pela transmissão de energias positivas e pelas trocas, sempre tão ricas.

Às minhas queridas amigas Julia Vaz, Kerle Dayana e Rosângela Guimarães, pelo inestimável apoio, presença e amizade, minha imensa gratidão.

A Célia Leitão, professora e amiga, pela confiança, meu carinho.

A Murilo Wanzeler, companheiro, por aquilo que dividimos e, especialmente, por ter incentivado, ajudando-me a dar o primeiro passo nesta conquista.

Aos valiosos cantantes Antunes, Bob Marley, Cartola, Chico Buarque, Baleiro, Lenine, Moska, Manu Chao, Melodia, Nina Simone e Jackson do Pandeiro, por abrandarem momentos de solidão e tristeza neste processo.

RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a política nacional de atenção integral à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT, no âmbito da atenção básica, como garantia do direito à saúde e expressão de justiça social. Trata-se de um estudo investigativo, descritivo e analítico. A abordagem qualitativa foi utilizada para o tratamento dos resultados da pesquisa. Com esse objetivo, tomou-se como base a teoria da sociologia compreensiva e a técnica do discurso do sujeito coletivo dos profissionais das equipes básicas de saúde e da população LGBT. Para tanto, foram realizadas entrevistas com profissionais da saúde e oficinas com a população LGBT, nas cidades de Campo Grande-MT, João Pessoa-PB e Vitória-ES. A análise dos relatos permitiu identificar as temáticas indicativas da invisibilidade e do preconceito à população LGBT. Permitiu também inferir a fragilidade dos profissionais da atenção básica à saúde, no ato de cuidar das pessoas. Além disso, evidenciaram-se o desconhecimento e a não implementação da política nacional LGBT. Constatou-se que o cuidado à saúde não é equânime nem integral, carecendo de ser inclusivo e sensível às diferenças nas Unidades de Saúde da Família. Este trabalho defende a integralidade como valor a ser adotado nas práticas profissionais. Essa integralidade deve estar expressa na maneira como os sujeitos individuais e institucionais devem responder às necessidades e expectativas dos usuários que buscam os serviços básicos de saúde. A garantia de direitos só se efetiva nas lutas cotidianas dos sujeitos implicados. A educação permanente deve ser adotada como estratégia de qualificação das práticas de gestão, atenção, formação e participação social, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Integralidade. Direito. LGBT. Preconceito. Justiça social.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze the national policy of integral attention to the health of the lesbian, gay, bisexual, transvestite and transsexual-LGBT population, in the scope of basic attention, as a guarantee of the right to health and expression of social justice. This is an investigative, descriptive and analytical study. The qualitative approach was used for the treatment of the results, from the speeches of the research subjects. With this aim the theory of the comprehensive and technical sociology of the speech of the collective subject of the professionals of the health teams and of the LGBT population was taken as base. To do so, interviews were conducted with health professionals and workshops with the LGBT population, in the cities of Campo Grande-MT, João Pessoa-PB and Vitória-ES. The analysis of the reports allowed to identify the indicative themes of invisibility and prejudice to the LGBT population. It also made it possible to infer the fragility of basic care professionals in the act of caring for people. In addition, the lack of knowledge and lack of implementation of the national LGBT policy was evidenced. It was verified that the health care is neither equitable nor integral, lacking to be inclusive and sensitive to the differences in the Family Health Units. This work defends integrality as a value to be adopted in professional practices. This completeness must be expressed in the way individual and institutional subjects should respond to the needs and expectations of users seeking health services. The guarantee of rights is only effective in the daily struggles of the individuals involved. Permanent education should be adopted as a strategy for qualifying management, care, training and social participation practices within the Unified Health System.

Descriptors: Integrality. Right. LGBT. Prejudice. Social justice.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01: Localização do Estado do Mato Grosso do Sul.....	76
Figura 02: Localização do Município de Campo Grande.....	77
Figura 03: Localização do Estado da Paraíba.....	81
Figura 04: Localização do Município de João Pessoa.....	84
Figura 05: Localização do Estado do Espírito Santo.....	87
Figura 06: Localização do Município de Vitória.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Percentual das principais causas de óbitos na população residente no Município de Campo Grande, em 2015.....	79
Gráfico 2: Percentual de óbitos motivados pelas principais causas de morte, no Município de João Pessoa, no ano de 2015.	85
Gráfico 3: Percentual de óbitos provocados pelas principais causas de morte no município de Vitória, no ano de 2015.....	90

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
ACS	Agentes comunitários de saúde
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ASTRAPA	Associação de Travestis e Transexuais
ANTRA	Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEDS/MS	Conselho Estadual da Diversidade Sexual de Mato Grosso do Sul
CID	Classificação internacional de doenças
CNCD/LGBT	Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSC	Discurso do sujeito coletivo
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
E	Enfermeiros (as)
ENTLAIDS	Encontro Nacional de Travestis e Liberados que Trabalham na Prevenção das DST/AIDS
EPS	Educação permanente em saúde
ESF	Equipe de Saúde da Família
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis, Transsexuais
HG	Homens gays
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HT	Homens transsexuais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de desenvolvimento humano
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
LES	Mulheres lésbicas

LGBT	Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti, Transsexual.
M	Médicos (as)
MT e T	Mulheres transsexuais e travestis
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
ONUBR	Organização das Nações Unidas no Brasil
PEP	Profilaxia pós-exposição
SEXUAL	
PNDDH	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNSI/LGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
SDHPR	Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SEDHPR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SINASC	Sistema Nacional de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TT	Transexualizador
TE	Técnicos (as) de enfermagem
TULIPA	Projeto Travestis Unidas na Luta Incansável pela Prevenção da AIDS
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNB	Universidade Nacional de Brasília
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

Eu e os outros em pesquisa.....	15
INTRODUÇÃO.....	19
OBJETIVOS.....	24
Objetivo Geral.....	23
Objetivos Específicos.....	23
CAPÍTULO 1 - DOS ARMÁRIOS ÀS RUAS: O DIREITO DE SER.....	24
CAPÍTULO 2 - JUSTIÇA SOCIAL: A VIDA E SEUS DESASSOSSEGOS..	29
CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE SAÚDE COMO POLÍTICAS PÚBLICAS.....	51
3.1 Atenção integral.....	57
3.2 Políticas para a população LGBT.....	59
3.3 Acesso à saúde e aos serviços de saúde.....	67
CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA.....	69
4.1 Método.....	69
4.2 Caracterização da pesquisa.....	73
4.3 Universo do estudo.....	75
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	91
4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....	91
4.6 Análise dos dados.....	95
4.7 Aspectos éticos.....	98
CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	99
APONTAMENTOS PARA O DEVIR.....	154
REFERÊNCIAS.....	160
APÊNDICES.....	169
ANEXOS.....	187

EU E OS OUTROS EM PESQUISA

“Lutar.... O essencial é que lutes. Vida é luta. Vida sem luta é um mar morto no centro do organismo universal”.

Machado de Assis

Minha aproximação com esta temática foi desafiadora, revelando-se como um processo de aprendizagem gestado a partir de uma pesquisa nacional multicêntrica, intitulada: “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde, voltada para os segmentos da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT)”. A pesquisa foi desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília, com apoio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

A citada secretaria integra uma rede de instituições de ensino superior e pesquisa, entre elas o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba. Integro a equipe do NESC desde sua fundação. Atualmente, também atuo como pesquisadora e docente do Departamento de Ciências Farmacêuticas do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Foi a partir do processo de coleta de dados para a referida pesquisa que passei a vivenciar momentos significativos e transformadores. Como sujeito implicado, fiz escolhas, sempre guiadas segundo o compromisso ético-político.

A pesquisa possibilitou ainda, uma maior aproximação ao meu objeto de estudo, oportunizando, assim, vivências em diferentes cenários e histórias de vida: a aproximação dos sujeitos e suas práticas. Direcionei meu olhar aos profissionais da atenção básica à saúde e dos sujeitos que se beneficiariam da construção da política de saúde integral para a população LGBT, nas cidades de Campo Grande, João Pessoa e Vitória. Como se observa, a pesquisa abrangeu representações de três regiões do país: Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste. A propósito desse novo olhar, é oportuno transcrever esta lição de Guimarães Rosa (1994, p. 85):

O senhor vá pondo seu perceber. A gente vive repetido, o repetido, e, escorregável, num mim minuto, já está empurrado noutro galho [...]. Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.

Foi durante a travessia desse processo que estabeleci vínculos com a temática, gerando aproximação ao cotidiano de diversos sujeitos. Ela propiciou escutas e partilhas de histórias vividas, tanto no cotidiano dos profissionais dos serviços básicos de saúde, como da população LGBT usuária desses serviços. É necessário que esses indivíduos tenham acesso aos serviços de atenção à saúde. Esse cuidado deve ser integral e de qualidade, de modo a atender suas necessidades e expectativa de saúde. A população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) compõe os vários segmentos na cena social brasileira que mais sofrem violações em seus direitos humanos.

Nesse contexto, o segmento LGBT está mais exposto a constrangimentos e violência. Em razão dessa realidade, é fundamental que as experiências realizadas na construção de políticas públicas para a população LGBT, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sejam debatidas e compartilhadas, funcionando como movimentos geradores de aprendizado. Já há algum tempo, sinto-me em sintonia com esse esforço de ampliação da discussão, no sentido de colocar em debate a maneira possível de agir, com base nas vivências e nos conhecimentos disponíveis, no cenário local.

É consenso, entre os estudiosos, que o processo de produção do conhecimento não é neutro. As escolhas e os recortes da realidade a ser investigada são efetivados a partir de implicações e saberes do sujeito pesquisador. Para além disso, é necessário que haja total compromisso com a veracidade dos relatos e imparcialidade na produção acadêmica realizada. Nessa construção, é preciso dialogar com autores, observando, na cotidianidade, o real e a condição humana. Não se pode perder de vista que a processualidade, com acolhimento dos fatos cotidianos, interessa muito mais do que o produto final. Impõe-se buscar a compreensão e a visibilidade dos fatos, para chegar-se aos sentidos de produção da vida. Como pesquisadora, sempre me mantive em permanente diálogo com diferentes autores que me permitiram convicções mais sólidas.

Minha formação acadêmica, incluindo a Residência em Medicina Preventiva e Social, possibilitou-me transitar pelas ciências sociais. Permitiu também minha aproximação com saberes e lutas da saúde coletiva, que foram elementos decisivos para tornar-me o ser que sou. Como diria Sartre, “ o homem nada mais é do que aquilo que ele fez de si mesmo... eu estou condenada a ser livre”. No calor dessas vivências de militância estudantil e, depois, como pesquisadora, as inquietações

foram crescendo e impulsionando-me a buscar novos espaços ao encontro de outros saberes.

Como sujeito imbricado, ainda na minha adolescência, participei da militância estudantil, dedicando-me aos movimentos realizados na Universidade Federal da Paraíba e também em âmbito nacional. Esses espaços férteis possibilitaram genuínas aprendizagens. Proporcionaram também meu caminhar durante o qual tive a alegria de conviver com tantos sujeitos sociais, entre eles, minha irmã de sonhos, Fátima Sousa, também minha orientadora de tese. Sempre estive engajada em movimentos contra-hegemônicos. Sempre me mantive resistente a violências de qualquer natureza, sobretudo as de gênero. São expressões perversas de uma sociedade que, desde muito cedo, luto para transformar.

Na minha trajetória acadêmica, fiz parte de um coletivo que anteviu a história e criou o NESC, do qual fui coordenadora no período de 1999 a 2002. Em novembro de 1996, por concurso público, assumi a docência na UFPB, passando a integrar o corpo de servidores públicos na educação. O espaço da UFPB abriu-me novos horizontes e possibilidades de ampliar as lutas, de forma digna e respeitosa, por um mundo melhor. Este é o meu lugar, sempre em defesa da saúde como direito de todos e todas, bem como a justiça social. Considero, especialmente, a saúde como um fator de relevância pública e direito de cidadania. Com esses princípios, assumi a gestão municipal, como Secretária de Saúde de João Pessoa, no período de 2005 a 2012. Enfrentei inúmeros desafios como gestora municipal do SUS. Uma sanitarista assumia a Secretária Municipal de Saúde de João Pessoa. Vale, também, destacar que, pela primeira vez, uma mulher assumia esse cargo na cidade, contrariando a cultura segundo a qual somente os profissionais da medicina, (homens), tinham esse “poder”.

A organização dos serviços de saúde em João Pessoa, nas décadas anteriores, havia sido marcada pelas práticas clientelistas e patrimonialistas. Nesse período, assumia a gestão do município de João Pessoa o primeiro governo popular, colocando em prática compromissos com as políticas públicas. No caso da saúde em especial, havia uma cortina a ser aberta. O grupo que assumiu a gestão da SMS/JPA, em 2005, era originário da Universidade Federal da Paraíba. A Secretaria de Saúde foi outro lugar onde me senti motivada a desvendar os caminhos a serem percorridos na implantação do sistema de saúde na cidade de João Pessoa e na Paraíba. Fez-se uma gestão compartilhada entre os trabalhadores da saúde, os

movimentos sociais e as instituições formadoras. O objetivo dessa parceria foi o fortalecimento de valores e princípios da equidade, da atenção integral, do direito à saúde, da democracia e da justiça social.

O presente trabalho não poderia interromper essa travessia. O direito à liberdade, no diálogo de Cervantes com Sancho, pelo personagem Dom Quixote, traduz-se em um valor inestimável: “A liberdade, Sancho, é um dos dons mais preciosos [...] aos homens. Nada os iguala, nem os tesouros que a terra encerra no seu seio, nem os que o mar guarda nos seus abismos. Pela liberdade, tanto pela honra, pode e deve aventurar-se a nossa vida”. Eis a razão do meu encontro com outros sujeitos em pesquisa.

INTRODUÇÃO

É muito difícil você vencer a injustiça secular, que dilacera o Brasil em dois países distintos: o país dos privilegiados e o país dos despossuídos”.

Ariano Suassuna

O Brasil é referência mundial em algumas políticas e programas voltados para o SUS, a exemplo do Programa Nacional de Imunizações (PNI) e do Programa Nacional de Combate à AIDS. Em 2014, a Organização das Nações Unidas – ONU reconheceu o importante papel brasileiro na história global de combate à epidemia. Lembrou que o país foi o primeiro a ofertar combinação do tratamento para o vírus da imunodeficiência humana (HIV). A implantação mais recente de outras políticas públicas de saúde pelo Ministério da Saúde (MS), em âmbito nacional, tem gerado calorosos debates no que diz respeito à real efetividade como medidas de abrangência nacional (ONU, 2014).

O debate em torno dessas perspectivas tem o mérito de trazer, para a discussão, questões acerca do acesso, da equidade e da atenção integral à saúde, no âmbito do SUS, com foco na atenção básica, assegurando-se a necessária justiça social. Deve-se, especialmente, lançar um olhar para os sujeitos desta pesquisa quanto às ações e práticas de saúde na cotidianidade dos serviços. Estas são as preocupações norteadoras do presente trabalho. Convém, no entanto, ressaltar que não se trata de uma tarefa simples. Não se pode negar a complexidade que envolve os conceitos de atenção integral, acesso, equidade, direito e justiça social. Por outro lado, é preciso reconhecer que são incipientes as políticas de saúde sob esse viés. Neste trabalho, não se pretende resolver os impasses e as lacunas que perpassam a temática. Busca-se uma aproximação com algumas das principais questões circunscritas a esse campo.

Nesta discussão, é fundamental discorrer sobre os elementos históricos que construíram a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI/LGBT). Toma-se como referência o embasamento jurídico-legal de cidadania e direitos à população LGBT, no que tange à saúde, à diversidade sexual e à identidade de gênero. Essa referência sobre direito e justiça faz-se necessária para que se possa compreender a temática, bem como os elementos envolvidos, direta ou indiretamente, na questão. Nesse contexto, é

oportuno demonstrar a relevância das políticas públicas de saúde, relacionando-as ao movimento LGBT, conforme enfatiza Duarte (2014, p.77):

Essa questão coloca em cena diferenças e significados que vão, por um lado, desde as potencialidades desses espaços como produtores de sentidos e direitos, até, por outro, as resistências, conflitos e preconceitos, no cotidiano desse mesmo cuidado, quando referenciados pela temática da diversidade sexual e das identidades e expressões de gênero.

Essa luta vem sendo travada desde a Antiguidade, quando os seres humanos considerados fora do padrão sentiam o peso do preconceito e da discriminação em relação ao direito ao trabalho e aos cuidados básicos garantidores de uma vida digna. Eram, além disso, condenados, diante de Deus, com os estigmas impostos pela sociedade. O combate à discriminação e a defesa de direitos devem ser compreendidos, não sob a equivocada ótica da criação de novos direitos, mas sim sob o correto prisma da aplicação dos direitos humanos a todos, indiscriminadamente. Trata-se da aplicação dos princípios fundamentais sobre os quais todos os direitos estão assentados: a igualdade de valores e de dignidade de todos os seres humanos. Segundo Duarte (2014), uma das primeiras vitórias desse movimento ocorreu em 1973. Naquele ano, a homossexualidade saiu do manual indicativo de perturbação mental, adotada pela Associação Americana de Psiquiatria. Porém, vários setores conservadores da sociedade ainda insistem em associar as orientações sexuais à patologização desses sujeitos, por entenderem não serem condutas “naturais”.

Nos anos de 1980, o Ministério da Saúde desenvolveu estratégias para enfrentar a epidemia do HIV. À época, a política de saúde era compreendida não como parte integrante da reforma sanitária, na sua singularidade, mas como um componente específico. Para isso, o Ministério da Saúde contou a parceria dos movimentos sociais ligados diretamente à defesa dos direitos da população LGBT. Tal movimento fortaleceu a participação desses grupos na luta pelo direito à saúde. Em 1991, a homossexualidade saiu da lista de doenças mentais que constavam da classificação internacional de doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde. Essa exclusão foi considerada outra vitória do movimento. É necessário enfatizar que certos tabus presentes no cotidiano das instituições de saúde persistiam, até

recentemente. Um deles se colocava e ainda se coloca na ordem do medo (DUARTE, 2014).

Cassemiro (2013) relata que um momento muito importante para o movimento LGBT ocorreu na década de 1990. Naquele período, as travestis e transexuais participaram do desenvolvimento de ações específicas para o programa de doenças sexualmente transmissíveis DST/AIDS. Participaram também da execução de projetos de prevenção das DST/AIDS, bem como da realização do Encontro Nacional de Travestis e Liberados (ENTLAIDS) sobre a prevenção das DST/AIDS. Participaram, além disso, da inclusão formal de transexuais, bem como da articulação do Plano Nacional DST/AIDS. O objetivo era a formação de uma rede de organizações não-governamentais e ações estratégicas para o atendimento de demandas específicas de travestis e transexuais quanto à prevenção e assistência das DST e AIDS.

Segundo esclarece a referida autora, a partir de 2000, ocorreram os seguintes avanços: o vínculo jurídico da Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ANTRA); a elaboração e implementação do Projeto Travestis Unidas na Luta Incansável pela Prevenção da AIDS (TULIPA); a divulgação do projeto, através da campanha “Travesti e Respeito”; a criação e execução de projetos de redução de danos para o uso de silicone injetável. A partir das mobilizações em resposta à epidemia do HIV/AIDS, a população LGBT ganhou maior visibilidade social e passou a figurar nas políticas públicas. Entretanto, a epidemia contribuiu para reafirmar a exclusão social e a marginalização dessa população (GRANGEIRO *et al.*, 2009).

Tal fato estava presente na cotidianidade, tanto no âmbito profissional como na percepção dos sujeitos usuários. Embora se reconhecesse a necessidade de dar informação sobre determinados assuntos ligados à sexualidade, o silêncio era notório quando se tratava de práticas sexuais. Esse problema deveria ser encarado pelos profissionais da saúde como uma prática de cuidado, dentro da integralidade em relação ao usuário. Mas só se fazia presente nos casos do vírus HIV. Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI/LGBT, promulgada em 2011, baseava-se no reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença dessa população. Suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para o acesso ao direito social à saúde. Objetivava-se, com isso, a redução das

desigualdades relacionadas à saúde dessa população, dando visibilidade ao movimento e aos usuários.

O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do programa “Mais Saúde, Direito de Todos”, lançado em 2008. O projeto visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade. Para a consecução desse objetivo, apresenta metas específicas para promover ações de enfrentamento das desigualdades nos serviços de saúde, com destaque para os seguintes segmentos populacionais: negros, quilombolas, LGBT, ciganos, prostitutas, população em situação de rua, dentre outros (BRASIL, 2008a).

Os debates em relação à política e à sexualidade, e também sobre a forma como estas se articulam, têm se intensificado nos dias atuais. Com maior frequência, nos meios de comunicação de massa, são feitos pronunciamentos que abrangem a política da sexualidade, o direito sobre o corpo, as práticas sexuais e o controle das experiências afetivo-sexuais. Nesse novo espaço de debates, segundo Canabarro (2013), é significativo mencionar, como forma de luta por direito humanos, o Movimento LGBT. Em obra anterior, o autor discorre sobre questões sexuais e de gênero, assinalando:

Sexualidade é o mecanismo cultural de produção de simbolizações positivas sobre o sexo, de regulamentação, um dispositivo histórico e produzido como mecanismo de saber e de poder capaz de integrar o sujeito e as diversas relações de micro poder das quais ele participa (CANABARRO, 2012, p. 90).

Nessa perspectiva, espaços institucionais mínimos de formalização da discussão sobre saúde da população LGBT foram alcançados, mas precisam ser fortalecidos. Conforme se observa, é inegável o esforço de conciliação entre o movimento social, por um lado, e, por outro, os parceiros governamentais. O objetivo desse esforço é criar estratégias para a efetivação de providências na gestão das políticas públicas de saúde, voltadas a essa população. Busca-se, em síntese, superar os desafios para a reestruturação de serviços, na rede do SUS.

A partir da problematização acima exposta, indaga-se: A implantação da política nacional de atenção integral à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais expressa o reconhecimento do direito à saúde e à justiça social, tanto no âmbito institucional como no cotidiano da população LGBT? É

preciso analisar essa questão sob as perspectivas da população LGBT e dos profissionais dedicados à atenção básica à saúde, nos municípios pesquisados. A partir dessa análise, passa-se a abordar o direito integral à saúde para essa população, ressaltando-se como se efetiva a inter-relação no cuidado prestado. Discorrer sobre esta temática poderá contribuir não somente para fortalecer o ato de cuidar dessas pessoas, mas também garantir que tenham direito aos serviços de saúde como qualquer cidadão, afirmando-se, dessa forma, a justiça social.

OBJETIVOS

Objetivo geral: Analisar a política nacional de atenção integral à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, nas cidades de Campo Grande-MT, João Pessoa-PB e Vitória-ES, como garantia do direito à saúde e expressão da justiça social.

Objetivos específicos:

- Compreender os conceitos básicos da tese (integralidade e justiça social), como elementos contribuidores para as discussões dos achados da pesquisa;
- Discorrer sobre a construção da política nacional de atenção integral à saúde da população LGBT no que se refere aos conceitos de equidade em saúde, direito à saúde e justiça social;
- Construir narrativas sobre o acesso à atenção integral à saúde, a qualificação profissional, bem como sobre os estigmas sofridos pela população LGBT nas cidades pesquisadas, sob o olhar da equipe de profissionais da atenção básica à saúde e dos usuários LGBT;
- Revelar as expressões de direito à saúde e de justiça social por meio das falas dos profissionais das equipes da atenção básica e da população LGBT nos municípios estudados.

CAPÍTULO 1 - DOS ARMÁRIOS ÀS RUAS: O DIREITO DE SER

“Triste época a nossa! É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito”.

Albert Einstein

Ao lançar-se um olhar sobre o movimento LGBT contemporâneo, é possível identificar mudanças ocorridas desde os anos de 1980, em especial, a respeito de sua luta por direitos e sua relação com o Estado. Nesse novo contexto, vêm se observando perspectivas de transformação social. No Brasil, nos primeiros anos daquela década, ainda vigorava a ditadura militar, reforçando-se a luta social pelo seu fim. Essa centelha trouxe força organizacional para os movimentos sociais que culminou com a queda do regime de exceção, após vinte e um anos de ditadura militar. A população civil passou a se organizar com mais tenacidade, abrindo espaços democráticos para o país. Impulsionado por esses novos ventos, toma fôlego o movimento LGBT. Convém lembrar que, na citada década, com o surgimento da AIDS, a doença foi caracterizada pela imprensa como “peste gay”, agravando o preconceito contra essa população. A AIDS dizimou muitos ativistas, consolidando o estigma direcionado a essas pessoas.

Nos últimos quinze anos, no Brasil, vem se observando um novo cenário. Novos sujeitos entraram em cena. Houve um crescimento do movimento LGBT, com evidências de elementos que envolvem o tema da homossexualidade e das identidades de gênero. Essa organização de população LGBT possibilitou avanços na maneira de produzir políticas públicas, com a formalização de programas governamentais e a ampliação do debate público sobre a temática. Assim, o conhecimento do contexto em que se desenvolve o processo de formulação de uma política é fator fundamental para o processo de negociação, formulação, execução e avaliação dessas políticas.

A população LGBT abrange diferentes segmentos em sua permanente luta por direitos humanos. A sigla foi criada durante a I Conferência Nacional GLBT, realizada em Brasília, entre os dias 05 e 08 de junho de 2008, em substituição à sigla anterior GLS. O evento foi coordenado pela Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, órgão integrante da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDHPR). A nova sigla passou a

representar um movimento mais forte para o enfrentamento do preconceito e dos estigmas. Era mais um mecanismo utilizado no processo de luta por direitos da população LGBT (BRASIL, 2008b).

A conturbada década de 1980, foi palco do surgimento da epidemia de AIDS. Foi também o pretexto para a criação do estigma que passou a caracterizar negativamente a população LGBT, em especial, gays e travestis. Goffman (2015) foi pioneiro em analisar esse estigma numa perspectiva social, isto é, como um processo estabelecido pelo meio social. Deve-se, no entanto, enfatizar que esse estigma está presente na sociedade desde a Grécia antiga. A partir da década de 1960, um novo olhar passou a considerar a sociedade como participante do seu processo de formação. É importante ressaltar que a compreensão acerca do que venha a ser esse estigma perpassa os padrões de normalidade presentes no cotidiano social, conforme esclarece o citado autor:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias de pessoas que têm probabilidade de serem encontradas (GOFFMAN, 2015, p.5).

Foi nesse contexto de grande adversidade que a população LGBT passou a se compor com entidades civis, organizações não-governamentais, partidos políticos, estudiosos e pesquisadores do tema. Passou também a aproximar-se de integrantes dos poderes Executivo e Legislativo, com pautas singulares de reivindicações. O objetivo dessa aproximação era reunir forças para a conquista de direitos e visibilidade, enquanto sujeitos políticos. Facchini (2005) reconhece a existência de uma disputa de poder no interior das organizações ativistas, caracterizada pela proliferação de categorias. Nesse enfrentamento, são travadas disputas políticas e relações de poder, com lógica própria. Operam-se por meio de conflitos ou de coalizões, na busca do reconhecimento, de especificidades e visibilidade, bem como da disseminação de formulações para os sujeitos partícipes do movimento.

Entretanto, de forma positiva, com demonstração de força, nos últimos anos, observou-se, no Brasil a multiplicação de eventos para celebrar o “Dia do Orgulho de Gays, Lésbicas, Travestis, Transexuais e Bissexuais”. O acontecimento já vinha sendo festejado tradicionalmente, em diferentes países, no dia 28 de junho. Segundo relatam Simões; Facchini (2009), a primeira parada do Orgulho Gay, no Brasil, ocorreu em São Paulo, em 1997, reunindo em torno de duas mil pessoas,

trazendo o mote do orgulho em ser LGBT.

Projetando-se como uma onda, outras paradas ocorreram em mais de setenta cidades brasileiras no ano de 2005, com o tema “Parceria civil, já! Direitos iguais: nem mais, nem menos!”. O evento é considerado a maior manifestação com essa pauta, tanto no Brasil como no mundo, apresentando-se como um movimento vigoroso. Em 2005, segundo a organização do evento, estimou-se a participação em torno de dois milhões e meio de pessoas. Além de participantes anônimos, fazem-se presentes nas paradas artistas, políticos, representantes de organizações da sociedade civil e de agências governamentais que apoiam as reivindicações do movimento (FACCHINI, 2006). As paradas têm sido o ponto de máxima visibilidade dessas comemorações. Vêm sendo incluídas nos calendários anuais das grandes festas e manifestações públicas nas principais cidades brasileiras. Recebem apoio de órgãos públicos e, especialmente, do governo federal, através dos Ministérios da Saúde e da Cultura.

Mott (2005) lembra que várias paradas trouxeram para as ruas, no ano de 2005, o tema defendendo a parceria civil entre pessoas do mesmo sexo. Além disso, seus participantes entonam as tradicionais palavras de ordem, em defesa da diversidade sexual e da luta contra o preconceito, reivindicando igualdade de direitos sociais, políticos e econômicos. Buscava-se, desde o ano de 1995, pressionar o Congresso Nacional para que aprovasse o projeto de lei cuja finalidade era regulamentar as relações afetivas entre pessoas do mesmo sexo.

Considerado como acontecimento social e político, esse processo produz eventos inclusivos, ao reunir gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais. Ano após ano, vem proporcionando a ambiência adequada para estudos no campo das ciências sociais, gerando mais visibilidade para a população LGBT. De outro modo, seria difícil alcançar um ambiente tão múltiplo. As paradas se estruturaram em torno de um mesmo denominador comum: a luta contra a discriminação e o preconceito que atingem diferentes “minorias sexuais”. A esse respeito, Canabarro (2013, p.13) afirma:

O movimento social de direitos humanos LGBT brasileiro apresenta um histórico de conquistas de relevância considerável [...]. Pensamos ser necessária a união com o movimento de negras e negros, com o movimento de mulheres, com os sindicatos de classes trabalhadores, com movimento pela diversidade funcional e todos aqueles que lutam contra as opressões no dia a dia.

A reflexão sobre direitos e garantias sociais para a população LGBT passa

necessariamente pelo debate relativo a questões de ética e moral, já que estão inseridos, historicamente, em nossa sociedade, padrões sexuais e de posturas. Apesar dos obstáculos, o movimento segue seu curso. É o que demonstra a síntese histórica transcrita abaixo, escrita por Mott (2005, p.100), a respeito do movimento homossexual brasileiro e suas conquistas.¹

É notória a luta pela emancipação dos direitos civis e sociais dos diferentes gêneros na sociedade brasileira. Todavia, para garantir esse avanço, é fundamental dar-se sequência à construção de novos espaços capazes de firmar a ideia de que todos devemos ser iguais perante a lei, porém diferentes na diversidade sexual. As

¹ 1

1978 – Início do movimento homossexual brasileiro. Nesse ano, foi fundado, no Rio de Janeiro, “O Lâmpião da Esquina”, nosso primeiro jornal gay. Surgiu, em São Paulo, a primeira entidade de defesa dos direitos dos homossexuais, o grupo “Somos”. A partir daí, mais de 300 grupos de gays, lésbicas, bissexuais travestis e transexuais (GLBT) foram fundados de norte a sul do país, alguns com vida efêmera. Hoje, existem por volta de 150 ONGs/GLBT espalhadas de norte a sul do país. O mais antigo em funcionamento é o “Grupo Gay” da Bahia, fundado em 1980, no mesmo ano em que se realizou o I Encontro Brasileiro de Homossexuais, celebrando-se, no ano seguinte, pela primeira vez no país, o Dia do Orgulho Gay. 1982 – O grupo “Outra Coisa”, de São Paulo, produziu um folheto pioneiro alertando os homossexuais sobre a AIDS. Nesse mesmo ano, a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), a Associação Brasileira de Antropologia, a Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais e a Associação Brasileira de Estudos Populacionais aprovaram moções contra a homofobia e deram apoio aos direitos de cidadania dos homossexuais. 1985 – O Conselho Federal de Medicina retirou o homossexualismo da classificação de doenças: essa campanha nacional teve o apoio de mais de 16 mil signatários, incluindo destacados intelectuais, políticos e artistas, antecipando, em cinco anos, resolução semelhante da Organização Mundial da Saúde (OMS). 1986 – Os grupos “Triângulo Rosa” (Rio de Janeiro), “Libertos” (São Paulo) e “Grupo Gay” (Bahia) iniciaram campanha entre os constituintes, para incluir a proibição de discriminação por orientação sexual no texto constitucional, pleito não contemplado na versão final da Constituição. 1988 – Pela primeira vez, um representante do movimento homossexual passou a integrar a Comissão Nacional de AIDS do Ministério da Saúde. 1990 – A partir de Salvador, 72 cidades brasileiras e três estados incluíram nas leis orgânicas municipais a proibição de discriminar por orientação sexual. 1995 – Fundada a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT), que conta hoje com mais de 150 grupos filiados, a maior entidade homossexual da América Latina. 1996 – Pela primeira vez, os homossexuais são citados num documento oficial do governo brasileiro, no Plano Nacional de Direitos Humanos, e incluídos entre os grupos sociais mais vulneráveis de nossa sociedade. 1997 – O Conselho Federal de Medicina autorizou operação de transexuais, a despeito de o Congresso Nacional ainda não ter votado projeto legalizando tal procedimento cirúrgico. 1999 – O Conselho Federal de Psicologia aprovou resolução proibindo terapias visando à “cura” de homossexuais. 2000 – Edson Néris foi barbaramente assassinado na Praça da República (SP), por um bando de neonazistas; esse assassinato tornou-se o crime homofóbico de maior repercussão nacional. Nesse mesmo ano, o INSS concedeu o direito previdenciário de pensão aos parceiros gays por falecimento ou detenção. 2001 – Fundada a Articulação Nacional de Travestis (ANTRA). 2002 – Pela primeira vez na história brasileira, um presidente da República fala publicamente a palavra “homossexual”, apoiando a união civil entre pessoas do mesmo sexo. Nesse mesmo ano, o Grupo Gay da Bahia lançou o livro “União Estável Homossexual”, reconhecido pelo INSS como documento legal para comprovação de relações estáveis e recebimento de benefícios. 2003 – A parada gay de São Paulo reuniu mais de 1 milhão de participantes, tornando-se a maior manifestação maciça de homossexuais do mundo. Nesse mesmo ano, instituiu-se a data de 29 de agosto como Dia da Visibilidade Lésbica. 2004 – Em maio, o governo federal lançou o programa ‘Brasil sem Homofobia’, propondo 51 ações afirmativas a serem realizadas por 11 ministérios. No mesmo ano, o Ministério da Cultura instituiu o Grupo de Trabalho de Promoção da Cidadania para Homossexuais.

organizações, associações e movimentos LGBT defendem o espaço público com o intuito de conquistar novos caminhos para a sua emancipação como dirigentes de sua própria história. Sujeitos que se constituem nos movimentos sociais, pode-se afirmar que o movimento social de direitos humanos LGBT brasileiro tem relevância histórica, consolidando-se como sujeito coletivo. Nesse sentido, Sader (1988, p.11) afirma que esse entendimento expressa:

“Uma coletividade onde se elabora uma identidade e se organizam práticas através das quais seus membros pretendem defender interesses e expressar suas vontades, constituindo-se nessas lutas”.

Para um maior acúmulo de forças, é necessário que haja a coesão dos grupos participantes de movimentos sociais, fortalecendo a luta cotidiana e resistência desses sujeitos por direitos humanos. Somente dessa maneira, é possível garantir a criação de leis que impeçam o preconceito, ainda existente, e que eliminem a ideia de que as identidades de gênero e as orientações afetivas e sexuais são patologias.

Essas conquistas possibilitaram que a população LGBT expandisse seus espaços para disputas políticas. Permitiram também que assumisse um crescente papel protagonista nas lutas pela ampliação dos direitos humanos no Brasil, com destaque ao respeito à diversidade de orientações sexuais e à identidade de gênero. Passou-se a adotar o entendimento do direito, não como elemento estático, mas como conquista. Definitivamente, era hora de deixar os armários e ir à luta, com organização e esperança, em defesa de valores emancipatórios e por direitos iguais.

CAPÍTULO 2 - JUSTIÇA SOCIAL: A VIDA E SEUS DESASSOSSEGOS

“Eu não escrevo para agradar, tão pouco para desagradar, e sim para desassossegar”.

José Saramago

A necessidade de uma teoria da justiça está relacionada a uma concepção de justiça. Todavia, vai mais além do que o nosso senso de justiça e de injustiça, mesmo que sejam instrumentos reveladores e tenham força para nos mover. Desde as mais longínquas civilizações, a humanidade vem procurando compreender o significado da palavra “justiça”, embora sua conceituação possua diversas dimensões. Atualmente, objetiva-se a melhor interpretação e aplicação de justiça, já que concepções anteriormente validadas como essenciais foram mudando ao longo da história, já estando superadas. Na atualidade, muitos desses valores são antagônicos para a construção e a preservação de uma sociedade justa. Assim, o que era considerado justo ontem pode ser tido como injusto hoje. Esse debate é muito atual, pois estamos constantemente vivenciando valores, regras e normas que se modificam ou se extinguem, por terem cumprido a “justiça” de seu tempo.

Afinal, por que precisamos de uma teoria da justiça? Sen (2011, p. 13) responde: “Muitas das teorias da justiça se concentram predominantemente em como estabelecer “instituições justas” e atribuem um papel acessório e secundário aos traços comportamentais”. Esse foco nas instituições, além de não contemplar efetivamente a vida real dos sujeitos, “tem muitas implicações de longo alcance para a natureza e o alcance da ideia de justiça”. Em arremate a essa afirmativa, o referido autor faz uma reflexão fundamental:

A necessidade de uma teoria que não se limite à escolha das instituições nem à identificação de arranjos sociais ideais. A necessidade de uma compreensão da justiça que seja baseada na realização está relacionada ao argumento de que a justiça não pode ser indiferente às vidas que as pessoas podem viver de fato. A importância das vidas, as experiências e realizações humanas não podem ser substituídas por informações sobre instituições que existem e pelas regras que operam. Instituições e regras são, naturalmente, muito importantes para influenciar o que acontece, além de serem parte integrante do mundo real, mas as realizações de fato vão muito além do quadro organizacional e incluem as vidas que as pessoas conseguem – ou não – viver (SEN, 2011 p. 48).

Esse foco é fundamental quando combatemos os preconceitos sexistas e também quando observamos o estigma que, cotidianamente, a população LGBT enfrenta. É também de grande relevância, quando admitimos a tolerância silenciosa a essas formas opressoras de intolerância no cotidiano dos muitos sujeitos e de várias instituições sociais. Nesse diapasão, Sen (2011, p. 76) entende que o alcance da razão é fundamental, acrescentando:

A argumentação é uma fonte robusta de esperança e confiança em um mundo obscurecido por atos sombrios – passados e presentes [...]. A argumentação pode estar envolvida com a maneira correta de ver e tratar as outras pessoas, outras culturas, outras reivindicações, e com a análise de diferentes fundamentos para o respeito e a intolerância.

Não há como desassociar a existência humana da cotidianidade². A humanidade, ao longo de sua trajetória, sempre foi capaz de responder aos inúmeros desafios que foram se apresentando nessa caminhada. Desde os primórdios, vem construindo seu ideal de justiça nas diversas relações sociais, nas distintas culturas e em períodos históricos diversos. As profundas modificações ocorridas nas últimas décadas fizeram com que a humanidade tivesse substancial acesso aos meios de informação e comunicação, bem como às diversas formas de conhecimento e de novas tecnologias. Essas conquistas eram inimagináveis há algumas décadas.

Esse processo também capilarizou mudanças significativas nos espaços institucionais e no cotidiano das pessoas, produzindo mudanças nos valores, desejos, costumes e, conseqüentemente, na moral dos sujeitos em sociedade. Por outro lado, continuamos convivendo, na cotidianidade, com condições que propiciam o aumento das desigualdades, das instabilidades políticas e econômicas, da deterioração ambiental e cultural, dentre outras conseqüências dessas transformações. Segundo anota Chauí (2000), o sujeito é o indivíduo consciente de sua atividade sensível e intelectual, sendo dotado do poder de análise, síntese e representação. Conseqüentemente, é o ser social em sua individualidade, ao interagir com os objetos que o rodeiam. Nessa interação se reconhece como diferente e descobre significações, juízos e teorias, no cotidiano a sua volta. É, portanto, capaz de fazer reflexões. Nesse sentido, enfatiza:

² Termo emprestado de Agnes Heller.

A vivência é singular (minha). O conhecimento é universal (nosso, de todos os humanos) [...]. Eu, pessoa, cidadão e sujeito constituem a consciência como subjetividade ativa, sede da razão e do pensamento, capaz de identidade consigo mesma, virtude, direitos e verdade (CHAUI, 2000, p.146).

Assim, enquanto ser social, o sujeito se conforma como síntese de inúmeras determinações sociais. Essas potencialidades só se materializam, efetivamente, na práxis social. O aumento da produção de bens e riquezas vem proporcionando a uma pequena parte da população um elevado padrão de vida e o acesso a diversos recursos. Ao mesmo tempo, uma porção significativa da população ainda convive com privações e desigualdades, sendo-lhe negadas as possibilidades, tanto em relação ao aspecto individual como ao corpo social. Sua própria subsistência está comprometida, ante a privação de acesso a bens e serviços.

Conforme assinala Deleuze (2001, p. 118), “o sujeito se constitui no dado”, rompendo com a noção de uma suposta unidade que lhe é atribuída, com a noção de um ser que permanece. Para o autor, o sujeito não é dado, mas se constitui nos dados da experiência e no contato com os acontecimentos ocorridos nos diferentes encontros vividos com o outro. Dependendo dos efeitos produzidos pelos encontros, o sujeito é praticamente “forçado” a questionar e atribuir sentidos àquela experiência que emergiu ao acaso. Assim, mesmo sendo contrária à sua vontade, desorganizou um modo de viver até então conhecido. Por esse motivo, o sujeito não pode ser concebido como uma entidade pronta. Ele se constitui, à medida que é capaz de entrar em contato com essas forças e com as diferenças que elas encarnam. Formase à medida que é capaz de sofrer suas ações e, de alguma forma, atribuir-lhes um sentido singularizado.

Apesar de dolorosa, essa é uma realidade substancial, encontrada praticamente em todos os lugares, sendo demonstrada em padrões diversos, como: desigualdades sociais crescentes, como a persistência do analfabetismo; mortes prematuras; violências e discriminações culturais, que atingem a identidade de gênero, a orientação sexual e a raça; a crescente concentração de renda; o aumento das intolerâncias e sujeições; a agressão ambiental, revelando-se como uma real ameaça às condições de existência dos que ainda estão por vir. No Brasil, esse cenário teima em perdurar. Freyre (2003), em “Casa grande & senzala”, faz uma narrativa, exaltando a formação de nosso povo, despindo os infortúnios de uma sociedade patriarcal, analfabeta e violenta desde a infância.

Sem dúvida, a justiça é um valor comum a todas as culturas. É também o objetivo das instituições políticas, econômicas e sociais. No entanto, precisamos ficar sempre atentos, pois o seu significado pode servir, muitas vezes, erroneamente, para justificar ou legitimar concepções ou práticas individualistas, corporativas ou de duvidosa validade moral para a sociedade. Podemos citar, por exemplo, a existência de estruturas autoritárias que fazem uso da violência, com o falso propósito de promover o “bem-estar” futuro das pessoas. Em relação à inclusão social e institucional, a justiça não é apenas uma questão de nivelar a distribuição de recursos materiais ou reiterar a igualdade de direitos. Até porque os sujeitos incluídos socialmente não possuem, necessariamente, as mesmas necessidades e expectativas. Então de que justiça estamos falando? Que espécie de justiça desejamos?

Para Sen (2001; 2011) e Rawls (2016), a concepção de justiça se reflete no arranjo social que prioriza o acesso aos bens e a maximização da liberdade individual. Além disso, considera o agir humano e a organização social pela sua utilidade. Não há dúvida de que esse entendimento é insatisfatório para equalizar os graves dilemas contemporâneos. É insatisfatório, em particular, para superar as privações e desigualdades verificadas no partilhamento desses bens, assim como as restritas formas de participação política, na utilização indiscriminada dos recursos disponíveis e na deficiência das instituições democráticas.

Rawls (2016), na sua concepção liberal, considera a liberdade como direito humano, criado artificialmente, fruto de uma escolha racional em benefício das pessoas e não como um direito genuíno do ser humano. Considera as liberdades básicas como definidoras de autonomia individual. Sen (2010), por sua vez, ressalta que as liberdades são primordiais para o ser humano em comparação com as abordagens normativas tradicionais, justificando:

As liberdades individuais substantivas são consideradas essenciais, [...]. Ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas para cuidar de si mesmas e para influenciar o mundo, questões centrais para o processo de desenvolvimento (SEN, 2010, p.33).

Aristóteles (2001) nos ensina as primeiras noções sobre justiça, no livro 5 da sua obra “Ética a Nicômaco”, ao lembrar que a natureza desconhece a justiça, acrescentando: “A justiça é algo essencialmente humano” (p. 115). Entendida como

uma lei natural, premia os melhores, enquanto os despossuídos de aptidões serão derrotados na busca constante pela sobrevivência. O filósofo grego faz uma reflexão sobre a justiça como tendo uma dimensão moral, revelando-se como uma força central da política. Seu pensamento político se volta para a forma como as situações deveriam ser. Observa ainda que a felicidade é o desejo maior do ser humano.

Nesse contexto histórico, o debate sobre a justiça como equidade não traduz uma motivação da contemporaneidade, já existe, desde Aristóteles. Ele aprofunda o debate sobre a equidade e suas relações com a justiça e o justo respectivamente, ao considerar a equidade como justiça superior, assinalando:

A justiça e a equidade não parecem absolutamente idênticas, nem são especificamente diferentes. Às vezes, louvamos o que é equitativo e o homem equitativo (e até aplicamos esse termo à guisa de louvor, mesmo em relação a outras virtudes, querendo significar com “mais equitativo” que uma coisa é melhor); e, às vezes, pensando bem, nos parece estranho que o equitativo, apesar de não se identificar como o justo, seja ainda assim digno de louvor; de fato, se o justo e o equitativo são diferentes, um deles não é bom, mas se são bons, hão de ser a mesma coisa [...]. Por isso o equitativo é justo e superior a uma espécie de justiça, embora não seja superior à justiça absoluta, e sim ao erro decorrente do caráter absoluto da disposição legal (ARISTÓTELES, 2001, p. 115-116).

Aristóteles (2011) também evidencia o contexto da pólis como lugar da práxis social, ancorando-se na perspectiva do agir humano. A cidade compõe-se de um conjunto de cidadãos que vivem sob uma constituição. Para ele, a ética e a política não estão dissociadas. Pellegrin (1993) reforça a concepção do filósofo grego, ao afirmar que a pólis é a comunidade suprema, não por ser a finalidade última do homem, mas por ser a forma pela qual os cidadãos podem alcançar o bem viver. Imaginar, portanto, que Aristóteles se preocupou em definir uma moral individual, desvinculada inteiramente da política, é cometer um grave equívoco, quando se busca interpretar as declarações expressas por ele. É invocar uma hipótese historicamente insustentável. A esse respeito, Heller (1998, p.16) lembra que “Aristóteles jamais acreditou que duas pessoas pudessem ser exatamente iguais”.

A concepção de justiça distributiva, para o alcance da equidade, formulada por Aristóteles (2001), tem grande relevância. Isto porque a aborda não apenas como conceito ético, mas também como uma questão de direito. Essa concepção busca alcançar a justa distribuição dos bens públicos, tendo como critério a igualdade proporcional para restabelecer o equilíbrio. Em sua reflexão, defende que

os iguais sejam tratados igualmente, e os desiguais sejam tratados desigualmente, na medida de suas desigualdades. É necessário, porém, ressaltar que a concepção aristotélica se alterou com o desenvolvimento do conhecimento jurídico, chegando hoje ao conceito de justiça social. Os ensinamentos aristotélicos, ao defenderem a justiça enquanto necessidade de promoção da equidade, proporcionaram contribuições fundamentais, a exemplo do conceito de justiça como equidade. Segundo afirmava o próprio Aristóteles (2001, p.116), “a natureza do equitativo é uma correção da lei quando esta é deficiente em razão da sua universalidade”.

Numa agregação de saberes, o pensamento de Rawls (2016) sobre a temática da justiça trouxe importante contribuição para a filosofia política liberal do século XX. Segundo afirma, os princípios que constituem a justiça política refletem sobre as instituições básicas e almejam a distribuição justa dos ônus e dos benefícios da cooperação social. Merece destaque a importância que ele atribui ao conceito de justiça, ao anotar: “Cada pessoa possui uma inviolabilidade fundada na justiça” (op.cit.,p.4). Acrescenta que essa inviolabilidade não pode ser desconsiderada em razão de nenhum bem ou objetivo, já que é formada pelas principais instituições políticas, econômicas e sociais, levando-se em consideração as condições de cada sociedade. Infere que uma divisão só é considerada equitativa, quando se revela como justa, esclarecendo:

A estrutura básica é um sistema de normas públicas que definem um esquema de atividades que conduz os homens a agirem juntos, a fim de produzir um total maior de benefícios [...]. O que cada pessoa faz depende do que as normas públicas determinam que ela tem o direito de fazer, e aquilo que a pessoa tem o direito de fazer depende do que ela faz (RAWLS, 2016, p.102-103).

Com essa formulação, Rawls (2003) parte da premissa de que as opções de vida acessíveis aos indivíduos não devem ser submetidas a ganhos e perdas sociais. Afirma que nossas perspectivas de vida são profundamente afetadas por contingências sociais, naturais e fortuitas, acrescentando:

Desigualdades políticas e econômicas significativas costumam estar associadas a desigualdades de status social que estimulam aqueles que detêm um status menor a serem vistos, tanto por si mesmos como pelos outros, como inferiores (RAWLS, 2003, p.184-185).

É relevante lembrar que são essas mesmas instituições, caracterizadas por

sua estrutura básica, que influenciam a origem das desigualdades. Significa que as diferentes condições de vida dos sujeitos em sociedade são determinadas por essas instituições. Em sua citada obra, Rawls (2016) enfatiza que a visão dominante da filosofia moral tem se revelado como uma forma de “utilitarismo”. Esclarece que sua expectativa era desenvolver uma concepção alternativa de justiça, a exemplo do utilitarismo. Tal concepção foi por ele denominada “justiça como equidade”, trazendo a ideia de sociedade como um sistema equitativo de cooperação social.

A adoção de um novo critério de equidade não abandona o reconhecimento das desigualdades sociais. Diante disso, a justiça como equidade tem a pretensão de conduzir a estrutura social de forma igualitária. Ao conceber a ideia de justiça como equidade, Rawls (2003) pressupõe uma concepção política de pessoa como cidadão livre. Nessa perspectiva, a igualdade é proporcionada pelo senso de justiça, sendo capaz de garantir a cooperação social, em um sistema de reciprocidade. Reforça esse entendimento, ao assinalar:

Tomemos a estrutura básica como objeto primário. Essa estrutura compreende instituições sociais no interior das quais os seres humanos podem desenvolver suas faculdades morais e tornarem-se membros plenamente cooperativos de uma sociedade de cidadãos livres e iguais (RAWLS, 2003, p. 80).

A formulação de Rawls (2016) sobre a justiça é reconhecida e respeitada como uma importante concepção política. Entende a estrutura básica como elemento balizador da justiça, significando, necessariamente, que esta se liga à vida dos cidadãos. A teoria do autor não é indiferente à vida dos cidadãos, embora a justiça como equidade se volte para a ausência de acordos sobre o modo como as instituições devem se organizar, isto é, conforme a liberdade e a igualdade dos cidadãos. Portanto, é a estes que a justiça como equidade se dirige. Depreende-se, então, que as desigualdades sociais, reguladas pela teoria da justiça, não são independentes das circunstâncias ocorridas em sociedade. Pelo contrário, levam em consideração as contingências que afetam os cidadãos durante toda a sua vida. Para Rawls (2016, p.105), “um processo equitativo só traduz sua equidade no resultado quando é, realmente, levado a cabo”, mesmo mantendo o entendimento de que a estrutura básica da sociedade é constituída por instituições. Estas são compreendidas pelo modo como se articulam em um sistema único, como partilham

direitos e deveres fundamentais. São também compreendidas pela forma como modelam a distribuição do que foi produzido e dos benefícios obtidos por meio da cooperação social. Nessa estrutura básica se insere a relação envolvendo diversos aspectos: religião, família, instituições formadoras, manifestações culturais, práticas profissionais, costumes, padrões e as interações daí decorrentes. No entanto, o citado autor não faz referência à saúde, quando trata das liberdades básicas. A esse respeito, Sen (2011) acrescenta que é tarefa multifacetada confrontar a operacionalização dos princípios de justiça com o comportamento real dos sujeitos – o que é fundamental para o raciocínio prático sobre justiça social. Acrescenta ainda que razão e emoção desempenham papéis complementares na reflexão humana e na complexa relação entre os indivíduos.

Ao se refletir sobre os princípios de justiça formalizados por Rawls (2016), é importante compreender o que ele chama de posição original. Nesse aspecto, imagina as pessoas situadas em um mesmo patamar, objetivando “anular as consequências de contingências específicas que geram discórdia entre os homens” (p.166). Nessa posição original, as pessoas estão cobertas pelo véu da ignorância. Em razão disso, não sabem qual a posição social de cada uma delas. Também não sabem como os dotes pessoais estão distribuídos entre elas, nem seu gênero ou outras contingências, permitindo, então, uma decisão imparcial, igualitária e, acima de tudo, equitativa. Nesse sentido, assinala:

A ideia intuitiva da justiça como equidade consiste em pensar os princípios fundamentais de justiça como constituindo, eles mesmos, o objeto de um acordo original em uma situação inicial adequadamente definida. Esses princípios são os que pessoas racionais interessadas em promover seus interesses aceitariam nessa situação de igualdade para esclarecer os termos básicos de sua associação (RAWLS, 2016, p.144).

“O “véu da ignorância” rawlsiano, existente quando as pessoas estão na “posição original”, é um dispositivo eficaz para fazê-las verem além de “seus interesses no próprio benefício e seus objetivos pessoais” (SEN, 2011, p.158). Observa-se, portanto, que Rawls não se preocupou em conceber a justiça em sua prática no mundo real, mantendo-a idealizada no campo teórico, abstratizado. Por sua vez, Sen (2011, p.98) lembra que a teoria da justiça precisa ter algum tipo de aplicabilidade para orientar a escolha das instituições nas sociedades reais. Em seus estudos, Rawls (2016) destaca dois princípios em relação à teoria da justiça, configurando a liberdade e a ideia da justiça como equidade. Tais princípios

garantiriam a distribuição justa das liberdades possíveis para cada pessoa, esclarecendo:

Primeiro: cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais extenso de iguais liberdades fundamentais que seja compatível com um sistema similar de liberdades para as outras pessoas. Segundo: as desigualdades sociais e econômicas devem estar dispostas de tal modo que tanto (a) se possa razoavelmente esperar que se estabeleçam em benefício de todos como (b) estejam vinculadas a cargos e posições acessíveis a todos (RAWLS, 2016, p.73).

Rawls (2016, p. 91) defende a igualdade equitativa de benefícios, que surge da igualdade democrática. Defende também o princípio da diferença que busca a garantia da igualdade, justificando: “O princípio da diferença é, então, uma concepção fortemente igualitária no sentido de que, se não houver uma distribuição que melhore a situação de ambas as pessoas, deve-se preferir a distribuição igualitária”. Dessa forma, ela deve estar relacionada com a equidade distributiva, de modo que a maximização dos interesses de um segmento deve também maximizar os interesses dos outros.

A concepção da justiça como equidade representa uma demarcação para a teoria da filosofia política contemporânea. Na formulação de sua teoria, Rawls (2016) atém-se à justiça distributiva de direitos e deveres, no âmbito das instituições sociais básicas. Para tanto, utiliza-se de composições políticas, além de acordos econômicos e sociais. Acrescenta que as instituições sociais básicas seriam responsáveis pela efetivação de direitos das pessoas outorgantes do pacto social concernente à aplicação dos princípios da justiça. Em outra obra, Rawls (2003) entende que as instituições são intermediadoras das pessoas na convivência social, tendo a justiça como equidade. Uma concepção política de justiça existe para cuidar do problema da desigualdade social.

Ao longo da sua história, por meio de múltiplas formas, os seres humanos organizaram suas relações sociais, estando o ideal de justiça sempre presente como objetivo principal a ser alcançado. Assim, pode-se afirmar que a justiça não é apenas uma referência importante, mas também a própria razão de ser dos sujeitos em sociedade, cabendo-lhe orientar a formação dos valores e dos princípios humanitários. Pode-se constatar que diversas concepções de justiça sempre conviveram, em diferentes sociedades, ao longo de períodos históricos distintos, embora, nem sempre, de maneira pacífica. Historicamente, conforme lembra Heller

(1998) algumas ideias predominavam, enquanto outras, por serem mais frágeis, eram abandonadas.

Sen (2011) e Heller (1998) tornaram-se referências importantes para as questões que envolvem as concepções de justiça no contexto contemporâneo. Eles priorizam as necessidades de esperanças dos indivíduos e colocam a liberdade como razão maior. Consideram-na como valor moral substantivo e indispensável para o ordenamento social, sem deixarem de observar as mazelas sociais que provocam violação de liberdades tanto na dimensão individual como nas relações sociais. A liberdade como valor moral é um pressuposto fundamental para que se possa caracterizar uma sociedade como justa. É uma referência essencial para a estruturação das democracias, contemplando, de maneira equitativa, as diferenças e contribuindo para a superação das desigualdades que comprometem o equilíbrio das forças sociais.

As dimensões humanas possuem diferentes amplitudes, perspectivas e necessidades. Essas dimensões se integram e se consolidam através de suas vivências de liberdade individual e se imbricam na vida em sociedade. Sen (2011) atribuiu grande ênfase na análise das questões que envolvem as condições de justiça no contexto contemporâneo. Nesse sentido, concebe a liberdade como temática central, um bem essencial à vida humana. Os indivíduos são únicos, porém são diferentes em seus desejos e esperanças, necessidades e expectativas. Não é possível analisar esse cenário sem focar nas desigualdades sociais que persistem na cotidianidade desses sujeitos. Como uma erva daninha, são sérios obstáculos para o desenvolvimento humano e social.

Para Sen (2001), as relações que caracterizam as organizações sociais têm na liberdade, entendida como valor moral, um referencial que influencia, decisivamente, na vida das pessoas. A partir desse referencial, processam-se os critérios e as condições para o estabelecimento de regras socialmente justas. A organização e o desenvolvimento de uma sociedade estão conectados com o acesso e a efetiva liberdade individual. Nessa perspectiva, o indivíduo é considerado como sujeito e detentor de faculdade para influenciar sua conduta e seus destinos, como integrante de uma sociedade. Observando-se os problemas e limites que afetam as relações humanas, sociais e ambientais, no contexto atual, percebe-se que são incompatíveis com a construção de um novo modelo de organização social.

Para que possa ser implantado, tal sistema necessita de novas práticas relacionais inclusivas, bem como de responsabilização dos sujeitos coletivos.

A privação de liberdades sociais relaciona-se diretamente com as desigualdades econômicas. É esse problema que subtrai dos sujeitos o direito de acesso ao alimento, à água tratada, ao saneamento básico, ao trabalho, à moradia e ao lazer. Nesse sentido, cabe inferir que a carência da liberdade está também, vinculada a obstáculos de acesso aos serviços públicos de saúde, com oferta integral e de qualidade. Como anota Sen (2001, p.175), numa concepção social democrática, os “recursos são importantes para a liberdade, e a renda é crucial para evitar a pobreza”. É importante destacar que, num contexto de exclusão e desigualdades sociais, o respeito às diferenças é um fator que proporciona uma configuração mais justa em uma sociedade. A esse respeito, lembra Sen (2001, p.50): “Os seres humanos diferem uns dos outros de muitos modos distintos”.

A liberdade individual é fundamental e insubstituível para a formação dos valores que constituem o comprometimento social dos sujeitos, em sociedade. Eles devem ter responsabilidade, para responderem pelos atos resultantes das suas escolhas, na busca da efetivação dos seus interesses e na solução dos seus problemas. Para Sen (2010), a negação da liberdade econômica está na origem de outras privações que desequilibram uma sociedade, retirando das pessoas sua liberdade, assim como sua legitimidade moral. Sendo a justiça o objetivo maior de uma sociedade, a democracia, nessa perspectiva, adquire uma função instrumental para sua objetivação. A estrutura democrática, seus princípios e seus mecanismos (especialmente as instituições) representam um conjunto de recursos indispensáveis à sua efetivação.

Bobbio (2000, p. 98), ao conceituar democracia, afirma que se trata “do poder público em público”, ou seja, do poder visível que implica, fundamentalmente, o acesso à informação. Já o poder invisível se instala por trás da democracia, atuando de diversas formas. Nessa lógica, não há como deixar de lembrar o mundo que George Orwell projetou para a humanidade, em sua obra de 1984. Também é impossível deixar de imaginar um “olho do poder”, a exemplo de o “Panopticon”, idealizado por Bentham. Nesse universo, os indivíduos eram manipulados e controlados pelo Estado, em uma evocação representada pelo “grande irmão”. Ele está mais presente na cotidianidade do que imaginamos. Vale, então, transcrever e

partilhar uma reflexão que Saramago (2010) fez, em uma conferência, na qual abordou a democracia na atualidade³.

Cabe então ressaltar que, embora a democracia brasileira tenha inúmeras imperfeições, foram positivos os incentivos governamentais, na última década, através de políticas públicas distributivas que possibilitaram a redução de mais de 28,6 milhões de brasileiros que viviam na pobreza em nosso país, entre os anos de 2004 a 2014. Entretanto, a Organização das Nações Unidas no Brasil (ONU BR) estima que, nos próximos anos, verificar-se-á um aumento entre 2,5 a 3,6 milhões de indivíduos vivendo na miséria em nosso país⁴.

A histórica concentração de riquezas, a prática da corrupção envolvendo a maioria dos agentes políticos e a instabilidade econômica com grave retorno inflacionário provocaram abalos na credibilidade das nossas instituições. Foram esses problemas que motivaram a maior crise ético-política e moral em nosso país, tanto em relação aos indivíduos, como às instituições públicas e privadas. Trata-se de um tema obrigatório nesta fase contemporânea da história brasileira. A discussão dessa problemática está no epicentro da nossa atenção e nas manchetes dos jornais publicados no país.

Todavia, a corrupção não é um fenômeno recente no Brasil. Romeiro (2017), entre outros autores, atesta que, desde o século XVI, com a chegada dos colonizadores portugueses, conceitos e práticas políticas demonstravam uma cultura corrupta na formação da nossa história. Ao analisar a história da formação do povo brasileiro, Faoro (1975) chama a atenção para a origem do patrimonialismo e do nepotismo, em nosso país, desde o início da colonização. Afirma que, a partir desse período, a política se mantém pelo favor e não pelo direito. Conforme se observa, a

³ Tudo se discute nesse mundo, menos uma única coisa que não se discute. Não se discute a democracia. A democracia está aí, como se fosse uma espécie de santa no altar, de quem já não se esperam milagres, mas que está aí como uma referência: a democracia. Não se repara que a democracia em que vivemos é uma democracia sequestrada, condicionada, amputada, porque o poder do cidadão, o poder de cada um de nós, limita-se, na esfera política, a tirar um governo que não gosta e substituir por outro que talvez venha a gostar. Nada mais. Mas as grandes decisões são tomadas numa outra esfera, e todos sabemos qual é. As grandes organizações financeiras internacionais, o FMI, OMC, Banco Mundial, OCDE. Nenhum desses organismos é democrático. Portanto, como é que podemos continuar a falar de democracia se aqueles que efetivamente governam o mundo não são eleitos democraticamente pelo povo? Quem é que escolhe os representantes dos países nessas organizações, os respectivos povos? Não. Então onde está a democracia? (Extrato de vídeo da Conferência: "ONDE ESTÁ A DEMOCRACIA? Publicada em 18/junho/2010). <https://www.youtube.com/watch?v=nFFaJy4I-Xw>

⁴ ONU BR - Número de pobres no Brasil terá aumento de no mínimo 2,5 milhões em 2017, aponta Banco Mundial. Disponível em <https://nacoesunidas.org/numero-de-pobres-no-brasil-tera-aumento-de-no-minimo-25-milhoes-em-2017-aponta-banco-mundial>.

exclusão e a corrupção estão enraizadas na essência do sistema político e de governança, no Brasil, há mais de quinhentos anos.

Carvalho (2004) faz a descrição do processo de formação da cidadania ativa em nosso país, na qual destaca os não incluídos, que sempre tiveram pouca ou nenhuma participação política. Em sua obra, retrata a vida social e política do povo carioca, na primeira década do século XX. Aponta também as razões da pouca participação política do povo já naqueles tempos, lançando luzes sobre a precária formação da cidadania republicana, desde o seu berço. Esse cenário permanente de instabilidade ética e político-econômica, por ter raízes antigas, possibilita e amplia as desigualdades, reacendendo o espectro de retrocesso democrático no país. Sobre essa temática, Sen (2010, p.207) assinala:

Desenvolver e fortalecer um sistema democrático é um componente essencial do processo de desenvolvimento. A importância da democracia reside, em três virtudes distintas: sua *importância intrínseca*; *suas contribuições instrumentais*; *seu papel construtivo na criação de valores e normas*. Nenhuma avaliação da forma de governo democrático pode ser completa sem considerar cada uma dessas virtudes.

Diante desse cenário repleto de adversidades que vêm fomentando a histórica crise ético-política, é imprescindível construir mecanismos e acumular força social para enfrentar a problemática em tela. Em seu estudo, Heller (2000) apresenta uma consistente fundamentação para instituir-se uma filosofia da práxis social e para o conhecimento dos sujeitos sociais. Com olhar crítico e atual, ela coloca em cena categorias de análise como a historicidade, a cotidianidade, as interações sociais, as condutas ético-morais, a justiça, os sentimentos dos indivíduos e sua personalidade, a liberdade. São fundamentos essenciais para que se possam realizar estudos sobre o ser social.

Heller (2000) percebe o indivíduo como um ser social, que carrega múltiplas determinações e é constituído historicamente. Em sua abordagem, destaca a questão do indivíduo e a urgência de construir os fundamentos teóricos de uma ética como guia para a práxis humana nas sociedades contemporâneas. Ao contribuir para a elaboração de uma filosofia da práxis, busca compreender e explicar o “mundo da vida”, lançando também um olhar reflexivo sobre o contexto institucional.

O foco central do pensamento filosófico de Heller (1977) sempre foi o sujeito

considerado em sua experiência concreta. Nesse sentido, com base em Georg Lukács, entende que a cotidianidade se afirma como paradigma filosófico central de sua produção. Demonstra que o cotidiano é a fonte primitiva do pensamento e do comportamento estético e científico. Ao abordar a categoria “mundo da vida”, tece considerações sobre a separação entre a linguagem da ciência moderna e a atitude natural.

Heller (2000) sustenta que a vida cotidiana é a rotina de todo ser humano, de modo que seu agir constitui o início de qualquer práxis. Com esse entendimento, ela busca compreender as relações cotidianas, que são heterogêneas e fundamentais, para apreender o desenvolvimento histórico e econômico da sociedade. Elege, como foco central de sua teoria, o sujeito empírico, em sua realidade concreta. Segundo esclarece, a existência da sociedade está condicionada à sua reprodução – que está, continuamente, em disputa. Outro aspecto que caracteriza a teoria de Heller é sua preocupação constante com a valorização daquilo que tradicionalmente é visto como inconsistente ou insignificante do ponto de vista da elaboração do conhecimento: o senso comum. A esse respeito, afirma:

O senso que carrega duas conotações: aquela da habilidade mental (em tais expressões como “senso comum”, e aquela do “sentimento”. Não obstante, não importa se a primeira ou a segunda conotação é a mais forte no uso da noção “senso”. Ela sempre se refere a uma habilidade para discriminar entre bom e mau, bonito e feio, verdadeiro e falso, útil e prejudicial, certo e errado, correto e incorreto e para discriminar entre aquelas qualidades em ação e julgamento. Ter um “bom senso” sobre alguma coisa significa ser capaz de distinguir, quase sem falhar, o verdadeiro do falso, o útil do prejudicial, o belo do feio, o correto do incorreto, no campo particular sob orientação, seja ele música, negócio, matemática ou política (HELLER, 2000, p.179).

Acrescenta que o bom senso está presente, num padrão maior ou menor, na cotidianidade dos sujeitos, como forma de conhecimento efetivo. Para ela, o cotidiano, de modo geral, é pleno de situações que exigem dos seres humanos atitudes sem artifícios e, portanto, desprovidas de reflexões rigorosas. Sobre isso, lembra que, na vida cotidiana, o ser humano atua a partir da probabilidade, proporcionando, entre suas funções e resultados, uma relação concreta e factível. Lembra que é possível, na vida cotidiana, avaliar com rigor o resultado possível de uma ação, esclarecendo:

A condução da vida não pode se converter em possibilidade social universal, a não ser quando for abolida e superada a alienação [...]. A “ordenação” da cotidianidade é um fenômeno nada cotidiano: o caráter representativo, “provocador”, excepcional, transforma a própria ordenação da cotidianidade numa ação moral e política (HELLER, 2000, p.41).

Assim, muito mais que contribuir para analisar as relações e inter-relações dos sujeitos sociais e individuais com a vida cotidiana, o pensamento helleriano traz uma reflexão sobre a individualidade, condição específica do ser social. Concebe-a em sua dimensão ontológica de sujeito social, jamais como uma condição individualista e egocentrista, no sentido liberal.

O estudo de Heller (1977) nos instiga para uma mudança de postura e para uma vida social mais ativa e crítica. Ela afirma que o cotidiano é o “mundo da vida” que, dialeticamente, produz e se reproduz, em uma movimentação constante: “[...] é o mundo das objetivações” (p.7). O cotidiano se relaciona com o vivido. Desde seu nascimento, os sujeitos são inseridos numa determinada cotidianidade e se relacionam socialmente. Esse processo de relacionamento distingue-se da rotina habitual do dia a dia. Ao ser vivenciado, o cotidiano depara-se com um mundo repleto de incoerências e desigualdades. Dessa forma, ao ser nivelado, representa uma experiência desafiadora e, ao mesmo tempo, encantadora. Nesse cenário, igualdade e desigualdade são constructos sociais. Os valores têm significado relacionado às classes sociais e às diferenças de gênero. Nesse diapasão, esclarece:

Igualdade e desigualdade não são propensões naturais. As pessoas são únicas [...]. Igualdade social é constituída por normas e regras. Normas e regras “igualam” pessoas do mesmo grupo social e “desigualam” pessoas de grupos diferentes. Por isso a razão de todos os conflitos emergirem em torno da difusão ou restrição de um grupo social (HELLER, 1988, p.170 e197).

Assim sendo, o espaço mais apropriado para as reflexões e aprendizados são as vivências cotidianas, produtoras de elementos fundamentais para a construção de um arcabouço embasado em uma proposta ético-política de justiça. Não foi por acaso que Heller (1998; 2000) empreendeu, em seu pensamento, o desbravamento do cotidiano, no qual se procura entender o significado de justiça. Como resultado, tece críticas a conceitos e hipóteses sobre as noções de justiça até então

desenvolvidas. Acrescenta que ser justo ou injusto não abrange apenas uma regra determinada. Pelo contrário, envolve ações multifacetadas.

Heller (1998, p.246) afirma, em uma de suas reflexões: “Cometer justiça ou injustiça envolve distribuição. Ao julgarmos os outros e a nós mesmos, distribuimos culpa e mérito, aprovação e censura”. Certamente, variadas respostas surgiriam, se perguntássemos em que consiste a justiça distributiva, visto que existem muitas correntes de pensamento para explicá-la. Assim, estaríamos diante de um grande problema, pois seria quase impossível conseguir o consenso total. Em suas considerações, enfatiza:

Uma equidade distributiva completa é surpreendentemente desigual. Ela se baseia na hipótese de que as necessidades e estruturas necessárias de todas as pessoas são parecidas. Tal hipótese é falsa. Assim, se esse modelo fosse implementado, as necessidades de algumas pessoas seriam totalmente satisfeitas, as de outras apenas em parte, e as de outras, de forma alguma. O resultado do igualitarismo rigoroso é a desigualdade (HELLER, 1998, p.250).

Equivocadamente, esse entendimento toma por base a lógica de que as necessidades e anseios de todos os indivíduos são similares ou iguais, gerando, assim, mais desigualdades. Consequentemente, quando se busca fazer a distribuição, no âmbito de cada grupo ou forma de vida, não deve ser estabelecido nenhum padrão rígido de justiça. Heller (1988) afirma que nunca se apresentou nenhum modelo alternativo “padronizado” de justiça distributiva. Por isso, entende que a justiça ou a injustiça na distribuição não podem ser definidas apenas a partir de um modelo próprio de vida, no qual as necessidades não podem ser ponderadas igualmente.

Heller (1998, p. 305) esclarece que justiça formal é um tipo de sistema que busca fazer a aplicação contínua das mesmas normas e regras a cada um dos componentes de um segmento social, ao qual elas se aplicam. Nessa concepção, racional, as regras de justiça formal caracterizam-se como estáticas. Em seguida nos leva a uma reflexão, quando pergunta: Afinal, é possível uma sociedade justa? E ela própria responde: “Todas as sociedades, até agora, têm sido injustas porque, devido à exploração, dominação e divisão do trabalho, elas não apresentam igualdade fatural”. E conclui:

Apenas onde há justiça, há injustiça. Se não houver injustiça, também não haverá justiça. Se optarmos por uma sociedade onde não há nenhuma injustiça, e onde não pode haver, optamos por uma sociedade sem justiça, pois a “justiça” não fará mais sentido. E se ninguém pode cometer injustiça, não há justiça ou injustiça; assim, “justiça” como um conceito não faz nenhum sentido, e estamos de fato “além da justiça”. Onde não existem normas e regras, não existem instituições, nem comunidades, nem ligações humanas, nem existência humana (op. cit., p.307).

Perelman (1996, p. 9) analisa os fundamentos sobre os paradigmas de justiça com que o ser humano tem julgado seus semelhantes ao longo da história: “a cada qual segundo a mesma coisa; a cada qual segundo seus méritos; a cada qual segundo suas obras; a cada qual segundo suas necessidades; a cada qual segundo sua posição e a cada qual segundo o que a lei lhe atribui”.

Ao apresentar a modalidade de justiça, relacionada à justiça formal e associada à igualdade, questiona a regra que diz “a cada qual segundo a mesma coisa”. Segundo ele, seremos injustos para os que entendem como correto um tratamento diferenciado, se dermos a todos a mesma coisa. Lembra ainda que a “mesma coisa” não proporcionaria a todos a mesma satisfação. Portanto, para que possamos viver num mundo plural, devemos ser capazes de conviver com diversas culturas. Essa diversidade cultural se guia por diferentes saberes, valores, práticas individuais e institucionais. Dessa forma, é imprescindível escolhermos nosso próprio modelo, já que as definições de vida ideal se transmutam, para a vida real, no cotidiano dos sujeitos, cujo comportamento habita na pluralidade e no uso da subjetividade.

No entanto, não se pode negar a legitimidade de qualquer indivíduo, quando enxerga o mundo de outro modo. Com esse raciocínio, Heller (1998) parece propor um caminho audacioso, com muitas incertezas. Mas esse aparente conflito pode ser uma forma de provocar a sociedade para que procure sempre se renovar. Ao expor sua conceituação ético-política de justiça, entende que ela se reflete nos limites e possibilidades da condição humana. Toma por base os valores universais de vida, bem como as ideias de liberdade, honestidade e bondade, conduzidos pela trilha da justiça dinâmica.

Heller (1998) reforça a defesa do conceito ético-político de justiça, ao referir que as “vidas boas” precisam ser vistas no plural, necessitando mudar tanto a sociedade como os indivíduos injustos. Modos distintos de vida podem ser bons.

Contudo, um bom estilo de vida para um sujeito pode não ser bom para outro. Assim, para que a vida boa de cada sujeito seja única, ela deve ser compartilhada entre os membros de uma comunidade, grupo ou sociedade. Na visão da autora, quando se fala em justiça, é indesejável uma sociedade totalmente justa. Pode até ser possível, mas não é desejável. Esclarece ainda que, numa sociedade, além da justiça, nenhum conceito de justiça é aplicável. Significa que compartilhar recursos materiais e buscar o direito igualitário no acesso às políticas de saúde não pressupõe justiça social. Afinal, os sujeitos sociais nem sempre têm as mesmas necessidades. Por esse motivo, a reflexão sobre a necessidade se faz tão necessária.

Na atual conjuntura brasileira, estamos diante de uma perspectiva positiva de ressignificação ético-moral na sociedade (sujeitos/instituições). Entre outras razões, isso acontece porque a garantia de acesso aos serviços de saúde tem apelo social e amparo constitucional. Portanto, a construção da atenção integral passa pelo atendimento às necessidades dos usuários, enquanto categoria relevante para a garantia de justiça social. É preciso dimensionar e identificar a “necessidade” humana como fundamento epistemológico de um sistema de saúde que toma como base as práticas inclusivas, usuário (as) centrado(a) com justiça social. Significa que deve haver uma preocupação com as necessidades reais e não das necessidades artificiais dos sujeitos.

Segundo Heller (1998), a necessidade é uma categoria que sempre esteve presente em todas as sociedades, em distintas épocas. Observa que os sujeitos, por serem diferentes uns dos outros, têm suas demandas individuais e, conseqüentemente, necessidades diferentes uns dos outros na vida cotidiana. Estas tanto podem ser individuais (desejos) como coletivas. Nessa concepção, a saúde é uma necessidade sociopolítica. Adquire o sentido do desejo, devido aos seus interesses e conforme sua necessidade concreta de atenção à saúde. A necessidade é uma temática essencial para uma reflexão sobre a efetivação de políticas públicas em saúde.

O pensamento da autora em referência parte em busca de um conceito ético-político incompleto de justiça. Tem certeza da existência de distintos modos de vida, de forma que regras sobre o que seja justo ou injusto são padrões sociopolíticos. Afinal, a justiça existe como reciprocidade simétrica e cooperação. Quando se busca aplicar normas justas a cada pessoa, está em jogo uma questão moral. Portanto,

pode-se dizer que ser justo é um padrão moral. Nenhum conceito ético-político de justiça incompleto pode pretender ser capaz de indicar a melhor forma de vida possível. É incompleto por não existir um modo de vida igual para todos. Então cada qual é o “melhor possível” para aqueles que nele vivem (HELLER, 1998).

Os indivíduos coexistem em cenários diversos, com diferentes singularidades no pensar e nas práticas de vida. Porém, não significa dizer que estão unidos por elos político-culturais cerrados. Pelo contrário, novas iniciativas dos sujeitos manifestam-se no seio dos variados grupos sociais. Destaca-se, na atualidade, um sujeito coletivo que, em sua subjetividade, busca realizar-se na vida, a partir de influências culturais e históricas. Conforme enfatiza Heller (1998), não se pretende conformar estilos de vida em um único padrão “ideal”, nem tão pouco se recomenda uma ética exclusiva inerente a tal padrão ideal. Ela observa a existência de um conjunto de modos de vida diversos, ligando-se uns aos outros por elos de reciprocidade simétrica.

O conceito ético-político incompleto de justiça, apresentado por Heller (1998), inclui elementos sociopolíticos e éticos. Constituindo a base normativa para lidar com a diversidade social, esse suporte regulamentário está na própria pluralidade de modos de vida. Daí ser incompleto, plural e complexo. Para a citada autora, um conceito ético-político incompleto de justiça quer significar que não existe uma moral única no direito, esclarecendo:

O conceito ético-político de justiça incompleto não delinea, propõe ou conjectura qualquer sistema social em particular como o bom ou o justo. Ele pressupõe a existência de diversos sistemas bons e justos, cada qual diferente em natureza. Pois todas as possíveis leis, regras e normas e regras sociopolíticas são boas e justas por definição, desde que legitimadas por todos os envolvidos num discurso de valor racional, sob a liderança da máxima universal de justiça dinâmica (HELLER, 1998, p.341).

Nesse sentido, defende-se que vivemos num mundo marcadamente plural em relação à moral. A essência do conceito ético-político incompleto de justiça está em perceber o ser e permitir que ele se pronuncie a partir de regras flexíveis que só podem ser aplicadas em ambientes nos quais se admita a multiplicidade de argumentações. Para esse fim, nem a justiça nem o direito podem conceber uma única possibilidade sobre a realidade. Ao contrário, devem oportunizar o diálogo entre diferentes concepções, modeladas pelos sujeitos em suas ações. Santos (2006) afirma que o direito, como um fenômeno complexo, não se constitui pronto e

acabado. Está em constante mutação, sendo produzido e recriado no âmbito de contextos decisórios das autoridades instituídas como componentes do sistema. Os movimentos sociais são sujeitos implicados nesse processo.

Para o referido autor, como um processo político multidimensional, a desigualdade é um fenômeno socioeconômico. Por sua vez, a exclusão é um fenômeno cultural e social, um processo histórico que representa uma cultura sob o véu de um discurso de verdade. Esse processo opera a rejeição e o interdito de outras culturas ou de sujeitos, por demonstrarem posições e desejos diferentes dos padrões de normalização hegemônicos, como, por exemplo, as identidades de gênero e a orientação sexual.

A partir dessas inquietações, e sob a influência de importantes pensadores, que produziram teorias sociais sobre justiça, é preciso refletir sobre as múltiplas dimensões na implementação de políticas públicas, atenção integral e acesso aos serviços básicos no SUS, não só como direito constitucional, mas também como ato de justiça social. Nesse aspecto, a equidade, como conceito polissêmico, precisa estar imbricada com outras questões que a complementam. Assim, não pode estar dissociada de reflexões como justiça social, determinação social, diferenças e desigualdades. Possibilita-se, com esse enfrentamento, a construção da cidadania como reconhecimento de direitos e como posicionamento do sujeito na sociedade.

A partir do estudo de Campos (2006), é possível fazer uma reflexão sobre a utilização do conceito de equidade na saúde e sua associação com teorias e práticas de justiça social. Lembra ele que os fundamentos da Constituição Federal estão relacionados à seguridade social, referindo-se à justiça previdenciária no tocante à formação de fundos para o custeio das ações. Trazendo novos elementos a esse olhar, Nogueira (2000) faz referência ao uso do termo “equidade” no campo da saúde, apontando suas distorções na construção das políticas sociais. Reforça a perspectiva de que a equidade, enquanto princípio do movimento sanitário, estabelece a demarcação de lutas por reformas e democracia, almejando reordenar o foco da política de saúde no país.

Outro fato que merece destaque é a inserção da representação do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde, em 2006. Como se observa, a luta por equidade enfrentada pelos sujeitos coletivos reuniu forças capazes de influenciar o formato institucional responsável pela política de saúde. Como resultado, tornou-a mais participativa, fortalecendo a produção de políticas, ações e serviços voltados

ao enfrentamento das iniquidades vivenciadas pelas populações referidas. A equidade deve ser fomentada enquanto expressão da reivindicação desses grupos. Suas ações não podem basear-se em fragmentações ou focalizações da política de saúde, mas sim no entendimento da impossibilidade de se ter saúde quando se é submetido a um processo de discriminação, preconceito e invisibilidade, enfrentado, em especial, pela população LGBT.

A busca pela efetivação da equidade na atenção à saúde exige a participação social e se coloca como conceito ético-político fundamental e de intervenção, na busca da conquista de justiça social. Esse fortalecimento do direito à saúde, enquanto condição humana, depende do contexto social, político e econômico. Nessa linha de pensamento, é preciso identificar a equidade como eixo orientador de políticas para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Significa resgatar a saúde enquanto direito de todos. Essa igualdade de direitos, quando associada às diferenças, é entendida como justiça social (COHN, 2003). Pode-se dizer, então, que a luta pela equidade em saúde revela-se como elemento constituinte da participação social dos sujeitos. Significa buscar a construção de espaços capazes de ampliar o direito à saúde, em especial, nos momentos de crise ético-política e econômica, ora vivenciada no Brasil.

Pode-se, então, dizer que, no conjunto dos elementos constituintes da equidade, os movimentos sociais, são sujeitos que intervêm nos processos de formulação de políticas, através, de um movimento de pressão e resistência. Atuam, assim, como força política e social na ampliação de direitos. Nesse contexto, resgata-se a reflexão de que os movimentos sociais se caracterizam como “novos” sujeitos coletivos no cenário político em distintas e diferenciadas arenas, diferentes daqueles tradicionalmente definidos pela concepção liberal clássica de democracia (COHN, 2003, p. 11). Para Sader (1988), os movimentos sociais são os novos sujeitos coletivos, que se reconhecem e reciprocamente passam a agir em conjunto, transformando o sistema e se transformando a cada feito realizado.

A política de saúde, como ação pública, exige o desenvolvimento de estratégias coletivas, como enfatizam Fleury e Uverney (2012), para que se possa reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. São medidas de proteção social, compreendendo relações, processos e instrumentos. O objetivo é exigir que haja responsabilidades públicas (estatais ou não) na promoção da seguridade social

e do bem-estar, incluindo ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos, objetivando a promoção da igualdade e dos direitos de cidadania.

Todos esses argumentos nos levam a refletir sobre a real efetivação das políticas públicas de saúde para a população LGBT, na vida cotidiana desses sujeitos. Como usuários do SUS, é preciso saber como eles sentem a implementação dessas políticas de saúde, frente às suas expectativas. Nesse diapasão, é necessário também refletir sobre as práticas dos profissionais da atenção básica, envolvidos na implementação dessas políticas, bem como sobre a natureza das organizações de saúde que os cercam.

A política pública de saúde em análise foi instituída pelo Ministério da Saúde, em parceria com os movimentos LGBT. Representou um marco importante, ao incorporar demandas envolvendo as necessidades e especificidades dessa população⁵. Trazendo esse avanço para o debate, conclui-se que a população LGBT e as questões de acesso às políticas sociais, bem como a integralidade em saúde, podem e devem ser consideradas como parte integrante da busca do direito e da justiça social. Por outro lado, o desafio posto não é apenas conceitual, into é, definir o que é direito. É também político, no sentido de discutir que tipo de projeto de sociedade agrega condições para que se possa operar outro desenho de sociedade, outra forma de solidariedade, outra maneira de apropriação das coisas, outro modo de fazer a distribuição da riqueza que socialmente se constrói e se realiza.

⁵ Governo Federal. O Ministério da Saúde institui a política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transsexuais (LGBT), pela Portaria nº 2.836, de 01/12/2011. Contém diretrizes políticas e administrativas com o intuito de qualificar a atenção à saúde prestada à população LGBT nos serviços de saúde brasileiros. Considera que as formas de discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero para com a população LGBT, a exemplo das homofobias, devem ser incorporadas nas análises como determinação social no processo de sofrimento e adoecimento desses sujeitos. O conceito de determinação social é fundamental para a produção das políticas em saúde.

CAPÍTULO 3 - POLÍTICA DE SAÚDE COMO AÇÕES PÚBLICAS

“O correr da vida embrulha tudo: a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta: o que ela quer da gente é coragem”.

Guimarães Rosa

Para a compreensão conceitual sobre políticas de saúde como uma ação social, tomamos por base os estudos de Fleury (2012). Para ela, a saúde é um dos direitos imprescindíveis à condição de cidadania, enfatizando:

Política social é a atividade que decorre da própria dinâmica de atuação dos sistemas de proteção social e envolve o desenvolvimento de estratégias coletivas para reduzir a vulnerabilidade das pessoas aos riscos sociais. Assim a política social, como ação de proteção social, compreende relações, processos, atividades e instrumentos que visam a desenvolver as responsabilidades públicas na promoção da seguridade social e do bem-estar [...]. As políticas de saúde, suas estratégias, instrumentos e planos produzem uma ação que não se limita ao campo da saúde, uma vez que, podendo influir em diversos outros aspectos da dinâmica social (econômica, política, cultural), também podem, igualmente, cumprir vários outros papéis, ou funções, além de seu objetivo básico de resolver problemas de saúde (FLEURY, 2012, p.15-16).

As últimas décadas atestam o fortalecimento e a importância do conhecimento das políticas públicas. Do ponto de vista conceitual, a política pública e a ação social em particular são campos multidisciplinares. Conforme anota Souza (2006), uma teoria geral de política pública implica a busca de sintetizar teorias construídas no campo da sociologia, da ciência política e da economia. Portanto, as políticas públicas repercutem na economia e nas sociedades, necessitando explicar as relações entre Estado, política, economia e sociedade. É um campo do conhecimento que busca colocar o governo em movimento, devendo ter como principal foco analítico os problemas que a política pública pretende corrigir.

A produção da política de saúde, no Brasil, operou um processo de intensa participação social motivada pela reforma sanitária. Esse movimento, que se fortaleceu e intensificou articulações nos anos de 1980, foi responsável pela criação e implantação do SUS como um processo social e político. A luta pela construção do SUS, como política pública universalizante, considera o Estado como responsável pela garantia do direito. É a expressão, no campo da saúde, do compromisso com a

cidadania e conquista social, através de amplo movimento militante, político e social, um processo ainda em construção. Trouxe, em sua agenda, a luta pela democratização do país. Era imprescindível, para a cidadania popular, o fim da ditadura militar, que já perdurava havia mais de vinte anos. Tratava-se de uma ação indispensável para o encaminhamento de reivindicações que pretendiam reverter o grave fosso social existente.

A emergência dos movimentos trouxe, para cena a política, o protagonismo dos movimentos sociais, em busca da legitimidade do seu direito, reivindicando o que lhe era devido. A construção da cidadania é resultante da dinâmica das relações de poder instituídas no âmbito da sociedade, expressão maior do direito social. Teve início a partir de um processo de mobilização contra a exclusão social, política e econômica. Somente dessa maneira, é possível criar as políticas inclusivas e a cidadania, conforme esclarece Sader (1988, p.311):

Os movimentos sociais que adentraram o cenário público (e o modificaram) no findar da década passada [70] trouxeram novas modalidades de elaboração das condições de vida das classes populares e de expressão social [...]. O repúdio à forma instituída da prática política, encarada como manipulação, teve por contrapartida a vontade de serem “sujeitos de sua própria história”, tomando nas mãos as decisões que afetam suas condições de existência. Com isso acabaram alargando a própria noção da política, pois politizaram múltiplas esferas do seu cotidiano.

Em sintonia com esse ideal, o denominado movimento sanitário brasileiro fincou suas bases em pleno período de redemocratização do país. A reforma do setor de saúde ganhou impulso com as garantias estabelecidas na Constituição Federal de 1988. Em seu texto, estão contidos os princípios e diretrizes para a implantação do SUS. Como resultado desse protagonismo social, foi promulgada a Constituição Cidadã, conforme passou a ser denominada, por se ancorar na construção social de direitos. Surgiu, com ela, uma nova institucionalidade, para as políticas sociais, com a criação de um sistema baseado no direito universal à saúde. Esse novo modelo trouxe, em seu bojo, o resgate da imensa dívida social acumulada em décadas de exclusão, rompendo, assim, com o sistema de saúde vigente até então. Contudo os desafios a serem enfrentados estavam longe de ser simples.

O surgimento do denominado movimento sanitário nos remete ao período de intensa repressão política, no qual mobilizações e reivindicações populares se

contrapunham às práticas de repressão, tortura e morte de militantes de esquerda perpetradas pela ditadura militar que governava o Brasil desde abril de 1964. Ao analisar esse contexto, Côrtes (2009) afirma que, ao final do regime militar, as pressões por mais participação estimulavam a construção das políticas públicas no Brasil, demandando não só reorganizações institucionais setoriais, mas também a democratização do sistema político.

Lembra o citado autor que, nos anos 1970, a organização no interior do setor da saúde juntava-se fortemente na defesa da democratização do acesso a serviços, combinada com a democratização da gestão em saúde. Em seus objetivos, o movimento sanitário brasileiro revelou-se como um processo nitidamente contra-hegemônico que tinha como plataforma de luta a defesa da reforma sanitária. Esse movimento possibilitou um amplo debate, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, criando as bases para a implantação do SUS. Esse modelo se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Entende a saúde como direito universal, vinculado às ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. Rompe, assim, com a histórica priorização dos processos curativos e do modelo hospitalar. Convém lembrar que o direito à saúde foi reconhecido internacionalmente com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, promulgada pela ONU em 1948.

É, portanto, fundamental a ampliação dos direitos sociais para a construção da cidadania, base para a promoção de maior equidade e justiça social. Desde essa conquista legal, vem sendo travada uma luta constante para que esses direitos sejam, efetivamente, garantidos na prática cotidiana do sistema e serviços de saúde. De todos os direitos sociais, a saúde é, sem dúvida, o mais fundamental, pois sua falta prejudica o usufruto dos demais direitos, comprometendo e a possibilidade do desenvolvimento integral do ser humano.

Desde o advento da Constituição Federal de 1988, muitos avanços foram alcançados, no plano jurídico-normativo, como as leis orgânicas específicas do SUS, as normas operacionais e as instâncias de pactuação e do controle social do sistema de saúde. Para que esses direitos constitucionais sejam efetivamente garantidos, na prática cotidiana do sistema e serviços de saúde, é imprescindível reforçar os movimentos e a luta constante por essas garantias.

Com o objetivo de concretizar os princípios da universalidade, descentralização, integralidade e participação social, estão sendo experimentadas

modalidades de organização das práticas de gestão, de atenção à saúde e participação social. Configura-se, assim, uma mudança de direção no modo predominante de produção de políticas sociais no Brasil. Tal mudança possibilita construir novos padrões para um sistema de proteção social, caracterizado por um perfil meritocrático. Nesse aspecto, Fleury e Uverney (2012, p.32) afirmam: “Ao definirmos uma política de saúde, estamos definindo um padrão civilizatório e um modelo de sociedade que desejamos construir”.

Num contexto marcado pela implantação de medidas de ajuste estrutural da economia e de reforma do Estado, ganha força a perspectiva de priorização dos gastos públicos. Nesse processo de mudanças, prevalecem a efetividade e a equidade como elementos centrais. São eles que irão fornecer, ao lado de outros instrumentos, as condições propícias para a reavaliação do papel do Estado, no que diz respeito a seu padrão de intervenção social. Nesse sistema, a equidade manifesta-se como um dos alicerces de maior relevância.

A temática da equidade vem ocupando lugar de relevância na discussão das políticas sociais, nas duas últimas décadas (ALMEIDA et al., 1999; BERLINGUER, 1999). As dimensões da equidade, apesar de não serem um princípio constitucional, representam inúmeros desafios na construção do SUS, quando se busca implementar ações que proporcionem a redução das desigualdades nos serviços de saúde. Analisando essa problemática, Vieira da Silva; Almeida Filho (2009, p. 221) anotam:

Desigualdades em saúde podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a categorias essenciais ou grupos sociais. Já equidade em saúde pode ser interpretada como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Nesse sentido, equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e a intencionalidade das políticas sociais e dos sistemas sociais.

Whitehead (1991), em um documento enviado para discussão no Departamento Regional da OMS para a Europa, em 1991, foi pioneira, ao defender que a expressão “equidade em saúde” tinha uma dimensão moral e ética. Afirmou que as iniquidades em saúde criam diferenças desnecessárias e evitáveis, sendo, por isso, injustas e indesejáveis, conforme assinala no documento:

El término “inequidad” tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad (WHITEHEAD, 1991, p.4).

O debate sobre equidade envolve uma temática complexa, ainda mais, quando se coloca frente a um sistema marcado por graves desigualdades sociais, como ocorre no caso brasileiro. Assim, o debate sobre a equidade no campo da saúde adquire especial importância, na medida em que os programas de ajuste vêm acompanhados de propostas para a implementação de políticas sociais, residuais e seletivas. Essas propostas são defendidas pelas agências internacionais, sob o pretexto de uma maior garantia de equidade. Diante disso, é fundamental enfatizar que a redução dessas desigualdades impõe, na visão da justiça social, a produção de equidade. Conforme esclarece Escorel (2001), deve-se pensar a equidade em saúde como um processo em permanente transformação. Ele vai mudando seu escopo e abrangência, na medida em que certos resultados vão sendo alcançados.

Dentro desse contexto, a saúde deve ser compreendida como um processo de melhoria da qualidade de vida de uma população, num dado espaço de tempo. Nesse sentido, é histórica e socialmente determinada como resultante das condições objetivas de existência. No entanto, não se pode perder de vista, que as crenças, valores e estilos de vida merecem também destaque para essa compreensão. Para melhor entendimento da questão, transcreve-se a concepção de Laurell (1983, p.157):

O processo saúde doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.

Considerando-se que as determinações não são as mesmas, é pertinente fazer a distinção entre equidade em saúde e equidade nos cuidados de saúde. A equidade em saúde refere-se às necessidades do ser humano que são socialmente determinadas. Dessa forma, transcende o objetivo das ações e dos serviços, visto que os cuidados de saúde situam-se como um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Nesse sentido, Giovanella et al. (1996)

esclarecem que as ações isoladas dos serviços de saúde, mesmo que contribuam para reduzir os agravos, não são suficientes para resolver o conjunto das iniquidades em saúde.

Já em relação à equidade no uso de serviços de saúde, é preciso considerar que sua utilização é influenciada pelo conjunto de necessidades dos diferentes grupos populacionais. Além disso, está condicionada por inúmeros outros fatores, internos e externos ao setor, relacionados tanto à oferta dos serviços quanto às expectativas e possibilidades dos usuários, conforme assinalam Almeida et al. (1999, p,11):

[...] para além da determinação biológica e social das necessidades, são considerados como fatores explicativos de uso de serviços aqueles relacionados com a efetiva implementação da política de saúde.

Este último aspecto nos interessa aqui de forma mais direta. Especialmente no campo da política de saúde, a preocupação com o tema da equidade, desde os anos 1990, vem ganhando notória evidência. Isto acontece porque está vinculada à discussão em torno do orçamento dos gastos no setor, que sofreram considerável aumento (BERLINGUER, 1999). Nessa direção, a promoção da equidade, segundo Barros e Sousa (2016, p.11), funcionaria:

[...] como um caminho para que se possa atingir um nível de garantia real e de fluência plena de direitos à saúde, tendo sempre em mente a preocupação em compreender as diferenças, as necessidades e as particularidades dos distintos grupos sociais [...]. A equidade poderia então ser uma prática indispensável para se chegar ao ideal de justiça e de cidadania plena, capazes de garantir o gozo de uma situação de igual bem-estar para todos os cidadãos.

É relevante dizer que, apesar de se reconhecer o inegável desenvolvimento da política de saúde, na sua dimensão organizacional, vários problemas e grandes desafios se interpõem e precisam ser enfrentados. Em especial, as estruturas sociais e as políticas de governo sem equidade são geradoras de desigualdades relacionadas aos seguintes fatores: renda, educação, saúde e classe social. Portanto iniquidade, nesse caso, tem sentido equivalente à injustiça social. Algumas dessas desigualdades, além de injustas, são iníquas e, em consequência, moralmente inaceitáveis. São iniquidades que geram indignação e, potencialmente, podem ser geradoras de mobilização social.

3.1 Atenção integral

A atenção integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, na medida em que abrange a qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde. Entende-se a integralidade no cuidado de indivíduos, grupos e coletividade, quando se percebe o usuário como sujeito histórico, social e político, familiar, coletivo e pertencente ao ambiente no qual está inserido. É nesse cenário que se evidencia a importância de articular as ações de saúde como elemento produtor de aprendizagem e saber coletivo, propiciando aos sujeitos autonomia e emancipação para cuidarem de si mesmos.

Numa análise situacional consistente, Merhy (1994), Merhy e Onocko (1997), Merhy (2002) e Merhy et al. (2004) reconhecem a grave crise que afeta os serviços de saúde. Destacam a baixa qualidade da atenção à saúde ofertada pelo conjunto dos serviços. Alertam para o fato de que a atenção à saúde não se organiza como rede, mas como serviços independentes, como uma “colcha de retalhos”, sem ou quase nenhuma articulação, para a oferta dos cuidados em saúde. Esse modelo compromete gravemente a resolução dos problemas que ocorrem na estrutura organizacional.

Para reverter esse quadro, é necessária a construção de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde. É notório o forte descompromisso com o enfrentamento dos problemas de saúde, de modo que o cuidado não se realiza como uma missão institucional. É preciso utilizar as tecnologias leves e as estratégias relacionais, com responsabilidade e compromisso, para o remodelamento organizacional do sistema de saúde. É preciso incorporar dispositivos e estratégias, para a resolução dos problemas nos serviços de saúde, com produção de vínculos e responsabilização, tendo como foco as necessidades dos (as) usuários (as) e em defesa da vida. Sob essa ótica, a conduta do sujeito envolve um movimento que não pode ser interrompido. Daí a insistência de Deleuze (2001, p. 118) em afirmar: “Se o sujeito se constitui no dado, somente há, com efeito, sujeito prático”. Assim, é na cotidianidade, que novas práticas podem e devem ser instituídas nos serviços de saúde.

Sousa; Mendonça (2013), ao tratarem da integralidade, apontam como ferramentas a experiência e os desafios vividos, na gestão municipal da saúde, na

cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba. Objetivou-se a implantação de política de saúde no município, a partir de ideias com ênfase na integralidade, responsabilização e estabelecimento de vínculo com movimentos sociais. Foram adotadas novas práticas de atenção, gestão, participação social e de formação para o SUS, na cidade de João Pessoa, no período de 2005 a 2012. Os projetos e apostas centravam-se na construção de atenção à saúde, organizando processos que possibilitassem maior diálogo na gestão e aprendizagens no mundo do trabalho. O objetivo era fomentar a produção de movimentos que possibilitassem a resolução de problemas no cotidiano da gestão, formação e da atenção em saúde. Optou-se também pelo desafio de adotar a educação permanente em saúde (EPS) como uma política municipal estratégica, facilitadora das mudanças de práticas e estimuladora da construção de integralidade na gestão do SUS municipal. Como prova do êxito do processo, transcreve-se o relato que consta no livro “A saúde na cidade de João Pessoa: traços de uma história”:

“Hoje, todos que partilhamos a cultura e as crenças de libertação e de igualdade levamos, ao invés de certezas, interrogações [...]. Seguimos inquietos [...], na crença e na vocação de que outros valores são possíveis e realizáveis no encontro com a solidariedade e a justiça social. Colocar as pessoas em primeiro lugar deve ser a teimosia de seguirmos vivendo outra ética, que nos ajuda a edificar vínculos de responsabilidade cidadã” (SOUSA; MENDONÇA, 2013, p. 68).

O processo de municipalização do SUS, nos últimos quinze anos, vem possibilitando a construção de novas medidas de atenção à saúde, pautadas por ações de solidariedade, de cooperação e apoio matricial. Busca-se, com essas medidas, a renovação dos modelos e práticas de atenção e cuidado à saúde. A incorporação de elementos envolvendo solidariedade, alteridade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado em saúde resume o grande desafio para a utopia da integralidade. Em sua obra, Mattos (2006) aborda o tema da integralidade como valor e também como modo de organizar e realizar as práticas de saúde, assinalando:

Talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto, a suas posturas) [...]. A maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade (MATTOS, 2006. p.56).

3.2 Políticas para a população LGBT

Faz-se, a seguir, um mapeamento das mais relevantes ações e políticas públicas voltadas para as pessoas LGBT que foram desenvolvidas pelo governo federal para a adoção de medidas direcionadas a essa população. Contudo, não se tem a pretensão de fazer um levantamento exaustivo das ações formuladas e dos projetos desenvolvidos.

Destacam-se, inicialmente, os espaços privilegiados de manifestação da sociedade civil: as Conferências Nacionais LGBT (2008 e 2011); as Diretrizes aprovadas no I Seminário Nacional de Segurança Pública e Combate à Homofobia (2007); Programa Nacional de Direitos Humanos (2002) e (2010); Programa Brasil sem Homofobia (2008) e Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (2009). Entretanto, esses movimentos, bem como as leis municipais e estaduais instituídas, não forneceram o embasamento necessário para impedir as inúmeras violações dos direitos humanos no cotidiano da população LGBT.

No Brasil, o atuante movimento LGBT tem, historicamente, conquistado visibilidade dentro e fora do segmento que representa. Cassemiro (2013) reconhece que a organização do movimento LGBT vem fazendo, nas últimas décadas, forte pressão para que o Estado garanta direitos iguais. Entre outras propostas, defende a criação de leis mais duras contra a discriminação e a adoção de políticas públicas garantidoras do exercício pleno de sua cidadania. Lembra ainda a citada autora que a luta por direitos é caracterizada como uma construção histórica. Esclarece que, no início dos anos 1990, as primeiras políticas públicas brasileiras tinham como ênfase o combate à epidemia do HIV/AIDS e eram direcionadas aos homossexuais. A esse respeito, anotam Mello; Avelar; Maroja (2012, p. 295):

Foi apenas a partir de 2001, com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), vinculado ao Ministério da Justiça, que as ações dos grupos de ativismo LGBT no Brasil começaram também a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e direitos humanos, para além da esfera de prevenção da epidemia de HIV/AIDS e de apoio as suas vítimas, que já vinham ocorrendo desde meados da década de 1980.

O primeiro documento oficial a incluir, publicamente, os homossexuais no campo da promoção dos direitos humanos constou no I Programa Nacional de

Direitos Humanos (PNDH1), do Ministério da Justiça, aprovado em 1996 (BRASIL1996a; BRASIL 1996b). Posteriormente, o II Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH2), criado em 2002, trouxe avanços e adotou medidas que consideravam “orientação sexual” como valor da garantia do direito à liberdade de opinião e expressão e “garantia de igualdades” de gays, lésbicas, travestis, transexuais e bissexuais (BRASIL 2002a; BRASIL 2002b). Segundo esclarece Facchini (2005), as ações do PNDH1 e do PNDH2 não se concretizaram como políticas. Mesmos assim, podem-se apontar alguns avanços relacionados ao canal de diálogo aberto entre o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS, e o movimento LGBT, como resultado da parceria nos programas de combate e prevenção à epidemia.

Apesar de manter quase todas as diretrizes contidas no plano anterior, em 21 de dezembro de 2009, através da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, novo plano revogou o Decreto nº 7.037. Em 12 de maio de 2010, o plano foi atualizado pelo Decreto nº 7.177. Entre outras medidas, provou o PNDH3, tendo como eixo orientador a interação democrática entre Estado e sociedade civil (BRASIL, 2009c). O projeto que resultou nesse programa foi bastante debatido, sendo construído a partir de discussões envolvendo a participação da sociedade nas conferências, nos âmbitos municipal, estadual e nacional. Na sua propositura, dedicou uma maior atenção aos travestis e transexuais, a partir da constatação de particularidades nas reivindicações desses segmentos. Além disso, continha em seu bojo conteúdos defendendo uma cultura de respeito à livre orientação sexual e à identidade de gênero (BRASIL, 2009d).

A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), entre outras atribuições, faz a articulação interministerial e intersetorial das políticas de promoção e proteção aos direitos humanos no Brasil. Foi criada em 1977, como órgão integrante do Ministério da Justiça. Em 2003, recebeu o status de Ministério, aprofundando a articulação com a população LGBT, quanto aos seus direitos constitucionais. Em 2010, a entidade mudou de nome, passando a ser denominada apenas de Secretaria de Direitos Humanos.

O programa “Brasil sem Homofobia” (BSH) estabeleceu uma conexão positiva entre a sociedade e o governo federal, durante seu processo de construção. Em 2004, foi lançado o programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual. Foi adotado como estratégia do governo

federal, tendo formato interministerial. Entre seus princípios, destacam-se a não-discriminação por orientação sexual e a promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas a serem implantadas por Ministérios e Secretarias (BRASIL, 2004). Discorrendo sobre as propostas do programa “Brasil sem Homofobia”, Mello; Avelar; Maroja (2012, p. 297) afirmam:

[...] foram implantados 15 Centros de Referência em Direitos Humanos e Cidadania Homossexual e, no ano seguinte, outros 30, em todas as capitais e em algumas principais cidades do país, como objetivo de prestar assistência jurídica, psicológica e social à população LGBT.

Um instrumento valioso na luta por direitos humanos e cidadania foi iniciado com a promulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, pelo Ministério da Saúde, em 31 de março de 2006. O objetivo do documento era estender os direitos das pessoas e das populações nos serviços de atenção à saúde. Nesse sentido, reproduziu os direitos e deveres dos usuários contidos na legislação do SUS. Em sua elaboração, o documento teve o apoio dos seguintes órgãos: Conselho Nacional de Saúde (CNS); Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); Conselho de Secretários de Saúde (CONASS) e Ministério da Saúde (MS). Em suas bases, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o país, através da Portaria nº 675/GM (BRASIL, 2006).

O documento revelou-se da maior importância, por conter princípios que afirmam ser direito do cidadão ter uma atenção humanizada e livre de qualquer discriminação ou restrição, seja pela idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, ou ainda por ser portador de patologia ou deficiência. Além disso, garante ao usuário dos serviços de saúde o direito de ser identificado pelo nome que deseja ser chamado ou chamada, independentemente do nome que consta no seu registro civil. Para tanto, deverá existir no documento de identificação do usuário ou usuária um local para registrar seu nome social. Essa medida contempla os diferentes grupos sociais, respeitando suas singularidades e abrindo um debate salutar em torno do direito à saúde. A Portaria nº 675/GM foi revogada pela Portaria nº 1.820, 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre direitos e deveres dos usuários da saúde (BRASIL, 2009b).

Como espaço participativo de construção de entendimentos definidos pela

sociedade civil, com o apoio do governo federal, realizou-se, em 2008, em Brasília, a I Conferência Nacional GLBT. O evento foi precedido de reuniões em âmbito local, regional e estadual. As conferências estaduais foram realizadas entre março e maio de 2008, com apoio de gestões municipais e estadual. Contaram, em seu conjunto, com, aproximadamente, de dez mil pessoas. Foram aprovadas quinhentas e dez propostas, complementadas na etapa nacional. Na abertura oficial do evento, o presidente da República, à época, Luiz Inácio Lula da Silva, e alguns ministros, presentes anunciaram compromisso com o movimento, causando grande impacto na mídia e no segmento LGBT. O Brasil tornava-se pioneiro, por ser, até então, o único país a promover um evento dessa natureza, firmando compromisso do Estado com a promoção dos direitos da população LGBT.

Na plenária de encerramento da referida conferência, foi aprovada a “Carta de Brasília”, reafirmando a importância da mobilização social na efetivação de políticas públicas orientadas para a edificação de uma “sociedade democrática, justa, libertária e inclusiva”. O documento propiciou importantes conquistas, como o lançamento do I Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no ano de 2009, contendo cinquenta e uma diretrizes e cento e oitenta ações (BRASIL, 2008b). Como consequência desse constructo social, foi implantado, em todas unidades federadas, o processo transexualizador no SUS, abrangendo as três esferas de gestão, através da Portaria nº 1.707, de 18/08/2008. Foi depois revogada pela Portaria GM/MS nº 2.803, de 19/11/2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2013a).

Os documentos acima referidos estabelecem que a transexualidade pode ser caracterizada pela convicção de pertencimento ao sexo biologicamente oposto. Isso leva o indivíduo a empreender uma série de modificações ou construções corporais e sociais, conforme o sexo e o gênero identificados. O objetivo dessa medida é o reconhecimento social da nova condição resultante da identidade de gênero. Quando se fala em cidadania, logo a associamos aos direitos e deveres da pessoa humana. Fazemos, principalmente, uma associação com os direitos à moradia, alimentação, educação, saúde, identidade de gênero, orientação sexual, direito de ir e vir, trabalho, profissão, dentre outros. O fato é que, na história da civilização humana, homens e mulheres sempre lutaram pela afirmação e reafirmação da sua cidadania.

A II Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos de LGBT ocorreu, em Brasília, no período de 15 a 18 de dezembro de 2011, tendo como tema: “Por um país livre da pobreza e da discriminação: promovendo a cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Foi, sem dúvida, uma temática valiosa para o movimento LGBT. Nessa conferência, foi aprovada a criminalização da homofobia. Aprovou-se também o direito da mudança de nome para travestis e transgêneros. “Por um país livre da pobreza e da discriminação” foi o eixo que a conferência trouxe para reflexão nesse espaço, com o objetivo de promover a “cidadania de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (BRASIL 2011b). O evento representou avanços, ao proporcionar o debate sobre esta importante questão: De que forma as condições de classe potencializam as vulnerabilidades e violências impingidas contra a população LGBT? (BRASIL 2011b).

A III Conferência de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT trouxe para a discussão o tema: “Por um Brasil que criminalize a violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais”. Ocorreu em Brasília, entre 25 a 27 de abril de 2016. Deu continuidade a um processo participativo que tem fortalecido as políticas públicas voltadas para o segmento em todo o país. Esse processo começou a ser construído na I e II Conferências, realizadas em 2008 e 2011. Os dois eventos provocaram uma ampla mobilização do movimento LGBT em torno de políticas afirmativas. Resultaram na criação, em alguns estados, no Distrito Federal e em vários municípios, de estruturas de gestão para a implementação dessas políticas (BRASIL, 2016).

A III Conferência Nacional discutiu os novos desafios para garantir a cidadania da população LGBT no Brasil. Durante sua realização, foram aprovadas estratégias que deveriam ser adotadas para coibir a violação de direitos humanos, que é a lesbo-homotransfobia. As discussões deram ênfase à defesa da liberdade e ao respeito à pluralidade de pensamento e de opiniões, garantidora, do Estado democrático. Como resultado dessa conferência, foi autorizado o uso do nome social dos integrantes da população LGBT no serviço público. Foram aprovadas setenta propostas, tendo como foco principal o enfrentamento da violência contra pessoas LGBT, um dos temas mais discutidos no evento (BRASIL 2016).

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais fornece várias diretrizes e ações para a elaboração de políticas públicas voltadas para esse segmento. O

objetivo é mobilizar o poder público e a sociedade civil para a consolidação de um pacto democrático. Como resultado, em 2009, foi lançado o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNDDH-LGBT). No ano seguinte, foi criado o Conselho Nacional LGBT, com composição paritária de representantes governamentais e da sociedade civil (BRASIL, 2009a).

Para o atendimento de demandas históricas do movimento LGBT, foi também criado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação de LGBT (CNCD/LGBT), através do Decreto nº 7.388, de 09 de dezembro de 2010, com a finalidade de potencializar as políticas públicas para a população LGBT. O governo federal atribuiu nova competência e estrutura ao CNCD/LGBT, tendo como objetivo principal formular e propor diretrizes de ações governamentais, em âmbito nacional, voltadas para o combate à discriminação, bem como para a promoção e defesa dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (BRASIL, 2010). Tendo natureza paritária, o órgão é composto por trinta membros, sendo quinze representantes da sociedade civil e quinze do governo federal.

Essa política é baseada no reconhecimento das ocorrências de discriminação e de exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e objetivos enfatizam a garantia do direito à saúde, procurando reduzir as desigualdades na disponibilização dos serviços de saúde em relação a esses segmentos sociais. Os direitos fundamentais devem ser garantidos a todos (as). Assim, é inadmissível que um indivíduo não tenha direito à vida, à liberdade, ao seu nome, ao seu corpo, à sua imagem e à sua honra.

Procurando assumir compromisso para a redução da inacessibilidade histórica a esse segmento, a política LGBT foi incluída no programa “Mais Saúde, Direito de Todos”, lançado em 2008 pelo governo federal. Tem como objetivo repensar as políticas de saúde para esse segmento, além de expandir o acesso e a integralidade dos serviços de saúde à população LGBT, através de ações e serviços de qualidade. A criação e aplicação de portarias e leis foram frutos de reivindicações do movimento LGBT, em suas manifestações de rua ou nas redes sociais. Convém destacar que o citado documento contribuiu tanto para as enfrentamento de problemas relacionadas à saúde como para o prosseguimento das lutas que tiveram início nos anos 1970. Em sua essência garantia visibilidade, respeito e direitos à população LGBT. A confirmação dessa política ocorreu com a edição da Portaria nº

2.836, de 1º de dezembro de 2011, resultante da ação direta dos movimentos sociais (BRASIL, 2011a).

A política em referência é calcada nos princípios fundamentais estabelecidos na Constituição Federal de 1988, garantidores de cidadania e dignidade da pessoa humana (art. 1.º, inc. II e III). Inspirou-se também em um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, que é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (art. 3.º, inc. IV). A Carta Magna instituiu para a saúde uma estrutura ampla, integrando-a ao sistema de seguridade social. Nessa conformação constitucional, o desenvolvimento social passou a ser imprescindível para a conquista do direito à saúde. A política LGBT tem como objetivo principal:

[...] promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime (BRASIL, 2013b, p. 18).

Como se percebe, a trajetória percorrida até chegar à promulgação da política LGBT foi longa e persistente. Atualmente, existe o reconhecimento de que a identidade de gênero e a orientação sexual constituem situações específicas em relação à vulnerabilidade da saúde das pessoas e não apenas às práticas sexuais e sociais. A discriminação e a exclusão social, inquestionavelmente, constituem violação do direito à saúde. Para Bobbio (2007), os direitos do cidadão, a democracia e a paz são elementos necessários e integrantes do mesmo movimento histórico. Sem o reconhecimento e a proteção dos direitos humanos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução dos conflitos sociais. Afirma o citado autor que a cidadania não é algo estanque, já que as concepções de direito à cidadania são socialmente construídas. Não se pode desconhecer que sua efetivação ainda está em construção, de modo que, muitas vezes, o conceito de cidadania é usado sem a reflexão necessária. Com efeito, a cidadania se concretiza na conquista de direitos sociais, políticos, civis e éticos, numa construção dinâmica e contínua.

Perelman (1996) ressalta que o direito é uma ferramenta possível de realização histórica e social da justiça. Porém, encontra limites contingenciais que são condicionados por uma correlação de forças, criando obstáculos à sua

capacidade operante na sociedade. Dando uma relevante contribuição do debate, Sousa Junior (2011) firma seu entendimento sobre direitos humanos, a partir dos ensinamentos de Roberto Lyra Filho, ao fazer a seguinte formulação:

[...] o vetor dialético do processo de conscientização histórica. Em sua concepção, os direitos humanos emergem como síntese jurídica e critério de avaliação das emergências de normatividades. Eles apontam para uma essencialidade caracterizadora do próprio homem e como medida de aferição não alienante das relações sociais que ele estabelece. E o que é essencial no homem é a sua capacidade de libertação: “O processo social, a História, é um processo de libertação constante, mas, é claro, há avanços e recuos, quebras do caminho, que não importam, pois, o rio acaba voltando ao leito, seguindo em frente e rompendo represas (SOUSA JUNIOR, 2011, p. 30).

É indiscutível a afirmação de que a conquista dos direitos é resultado de lutas efetuadas por organizações e movimentos sociais que reivindicam também espaços de participação social. O Brasil é conhecido por suas iniquidades e estrutura social desigual. Apesar de muitos avanços, ainda persistem profundas desigualdades e opressão social. Muitos são os desafios no cotidiano que exigem o enfrentamento dessas iniquidades.

Na história política do nosso país, muitas pessoas contribuíram para que mudanças ocorressem na vida em sociedade. Mais do que isso, lutaram para a conquista de direito à cidadania e contra as formas de opressão. Contribuíram, assim, para despertar a consciência dos cidadãos sobre os problemas vivenciados socialmente. Abriram caminho para que a população pudesse organizar-se em movimentos sociais, buscando garantir e ampliar direitos sociais e políticos conquistados, como resultado de processos perenes de lutas sociais. Nesse sentido, Sousa Júnior (2011, p. 18), apud Lyra Filho (1986, p. 312) assinala:

O direito se faz no processo histórico de libertação enquanto desvenda precisamente os impedimentos da liberdade não-lesiva aos demais. Nasce na rua, no clamor dos espoliados e oprimidos e sua filtragem nas normas costumeiras e legais tanto pode gerar produtos autênticos como falsificados (como as leis que representam a chancela da iniquidade, a pretexto da consagração do direito).

O resgate da história nos leva a compreender e reconhecer que sempre houve processos de dominação. Os seres humanos sempre estiveram em luta: uns pela conquista de direitos e contra a opressão; outros pela obtenção e preservação

do poder. A ocupação dos espaços, na luta por uma sociedade mais justa e igualitária, é realizada na prática através da conquista, consolidação e ampliação dos direitos. Em suas reflexões sobre o direito, o referido autor entende a percepção emancipatória do direito como consciência da liberdade. Segundo esclarece, a liberdade não é um dom, mas resultante de um processo que se realiza na história. Acrescenta que não nos emancipamos sozinhos, mas coletivamente. A liberdade não existe por si só, na medida em que o direito é continuamente a sua expressão. É a sua afirmação histórico-social, aprofundando a conscientização de liberdades ainda não refletidas.

Conclui-se, assim, que ser cidadão é ser consciente de sua participação na vida pública. E, como tal, deve respeitar os outros indivíduos em suas peculiaridades e diversidades. Somos sujeitos integrantes da realidade democrática, sempre lembrando que os seres humanos são diferentes uns dos outros. A cidadania não pode limitar-se a padrões de vida, comportamento, cor, classe social ou identidade sexual. Todos têm o direito de exercê-la. Contudo, direitos de liberdade, seja política ou econômica, só serão reconhecidos socialmente, através de organizações sociais, mediadas pela justiça e pelo direito.

3.3 Acesso à saúde e aos serviços de saúde

O estudo da acessibilidade vem sendo utilizado, nas últimas décadas, como um instrumento importante no processo de elaboração e implementação de políticas sociais, vinculado à qualidade da atenção dos serviços de saúde. O acesso aos serviços de saúde deve ser considerado, não só em sua existência num determinado momento, em que a maioria dos teóricos foca suas análises, mas também como possibilidade efetiva de sua utilização. No entanto, deve-se priorizar aquele momento, como espaço de pertencimento, como local de cuidado no qual será disponibilizada uma atenção integral.

Na visão de Assis; Jesus (2012), o acesso aos serviços e sistema de saúde é um tema multifacetado. Engloba uma compreensão multidimensional, com elementos sociais e políticos que se revelam valiosos para as concepções e aplicação de políticas de saúde. Abrangem a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, bem como necessidades e

expectativas da população, tendo a atenção integral e resolutiveira como imagem a ser alcançada.

Donabedian (2003) define o acesso como a possibilidade de ingresso no sistema de atenção à saúde. Caracteriza-se na facilidade com que as pessoas obtêm os serviços de saúde, levando-se em consideração também a qualidade da atenção, a autonomia e a dignidade do usuário. Esses conceitos levam à ideia de que acesso não significa apenas ter o serviço em determinado lugar e em um dado momento. Outros elementos também contribuem para sua efetivação em relação aos usuários do sistema. É preciso observar ainda que, para se ter acesso aos serviços de saúde, devem ser eliminadas barreiras, tais como as econômicas, organizativas, sociais, informativas, geográficas e comportamentais, dentre outras.

Para fins deste estudo, a dimensão do acesso à serviços básicos de saúde será discutida como expressão do direito, priorizando tanto o acesso organizacional como o relacional entre usuários da população LGBT e profissionais dos serviços básicos de saúde. Neste estudo, o conceito de acesso está relacionado a uma política social e de saúde voltada para um segmento específico, que é a população LGBT. São integrantes considerados como sujeitos históricos de desigualdades sociais, em razão do processo discriminatório e estigmatizante que enfrentam no seu viver cotidiano.

CAPÍTULO 4 - METODOLOGIA

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”.

Sócrates

4.1 Método

A sociologia é a ciência que estuda o comportamento do indivíduo na sociedade. Weber (1974;1979;2003) sempre demonstrou inquietação com a compreensão das atitudes dos indivíduos na sociedade. Para ele, um olhar mais inclusivo da sociologia poderia melhor entender e interpretar determinados acontecimentos da realidade social. Segundo esclarece, cabe à sociologia observar e analisar os fatos sociais, procurando extrair deles a adequada aprendizagem para uma melhor sistematização e compreensão desses processos. A concepção de uma sociologia abrangente, na visão do autor, encontra sua referência no conceito de conduta social. Nessa perspectiva, a ciência teria a incumbência de explicar o fato social, a partir da investigação do comportamento subjetivo, que vincula o indivíduo a seus atos. Assim, livre de qualquer premissa ética, a investigação seria norteadada por interesses e juízos subjetivos do ser humano.

Um dos conceitos básicos da teoria sociológica de Weber é a ação social, entendendo-a como um comportamento humano. Investiga a ação social como conduta humana elaborada subjetivamente, mas ressalta que nem toda espécie de contato humano é social. Weber (1987) compreende a ciência social como uma dimensão da realidade, que busca interpretar as especificidades da vida social. Entende que a tarefa da sociologia, diferentemente de outras ciências, principalmente as exatas, é interpretar a ação social como acepção individual, incidindo sobre os fenômenos subjetivamente compreensíveis.

Nesse contexto, Weber (1979) afirma que as ações sociais se distribuem como uma conduta social tradicional, na qual um fenômeno é repetido pelos indivíduos em resposta a uma tradição. Em seu entendimento, as atitudes acontecem a partir da emoção. A ação racional ocorre em relação aos valores que a sociedade institui. Trata-se, portanto, de uma ação consciente, realizada com alguma finalidade.

A partir do método weberiano de análise social, surgiram importantes avanços nas análises sociológicas, nos estudos contemporâneos, por possibilitar a interação com outras concepções teórico-metodológicas. Para tanto, o pesquisador deve orientar-se por fatores ligados à realidade dos fatos, assim como por seus próprios valores, para dar sentido à realidade particular. De acordo com o pensamento de Weber (2003), o papel da sociologia é observar e analisar os fenômenos sociais, extraíndo deles os ensinamentos para uma melhor compreensão.

Com base no método compreensivo, é através dos fatos sociais que se elaboram os princípios de uma sociologia compreensiva. Isto acontece porque ela objetiva interpretar a ação humana para melhor explicá-la em seu desenvolvimento e efeitos. Nesse sentido, Weber (2003) entende que a sociologia só se efetiva a partir da ação dos sujeitos. Com fundamento nessa concepção, consoante Minayo (2000), a capacidade de compreender a realidade humana na convivência social é o que distingue a perspectiva qualitativa assumida pela sociologia compreensiva, esclarecendo:

[...] propõe a subjetividade como fundante do sentido e defende-a como constitutiva do social e inerente ao entendimento objetivo. Esta corrente não se preocupa de quantificar, mas de lograr explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2000, p. 11).

Para Minayo (2000), a sociologia compreensiva lida com um nível da realidade que não é mensurável nem quantificável. Preocupa-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Busca chegar a uma camada mais profunda das relações, dos processos e suas manifestações. Trabalha a temática em relação ao elemento qualitativo de diferentes maneiras, não podendo esses valores ser reduzidos à operacionalização de fatores numéricos. A compreensão da realidade humana, em suas diferentes manifestações, experimentadas socialmente, deve ser o conceito central de investigação nas ciências sociais.

A autora ressalta ainda que a sociologia compreensiva propõe a subjetividade como fundamento da vida social. Entende-a como constitutiva do campo social, sendo inerente à construção da objetividade nas ciências sociais. As críticas direcionadas aos seguidores da sociologia compreensiva afirmam que o empirismo e

o subjetivismo dos pesquisadores confundem o que sentem e o que ouvem com a verdade científica. Esses críticos alegam que existe certo envolvimento emocional do pesquisador com seu campo de trabalho.

Na contramão dessas críticas, outros pensadores defendem a sociologia compreensiva, afirmando que ela busca apreender e explicar a dinâmica nas relações sociais. Michel Maffesoli, sociólogo francês, em seu estudo, coloca o corpo como objeto de suas análises no contexto da contemporaneidade. Entre suas ideias, afirma que ocorre uma transição do corpo individual, objeto da modernidade, para um corpo coletivo, que passa a se consolidar como uma motivação para estarmos juntos. Maffesoli se guiou pelo escopo compreensivo, tendo como ingredientes principais o senso comum e o pluralismo dos sujeitos. Esses fatores geraram conhecimentos para a aproximação e a interação do pensamento com a ação, sendo que o conhecimento empírico transcende as produções racionalizadoras. Nesse aspecto, pode-se fazer uma analogia com a linha de pensamento de Paulo Freire, quando destaca a valorização dos saberes e fazeres, a partir das experiências vivenciadas.

Maffesoli (1988) concebe a sociologia compreensiva como uma dimensão aberta, utilizando o termo “noção”, na medida em que busca a semelhança, em vez de um conceito rígido. Segundo esclarece, ao invés de se buscar reduzir as dimensões de um determinado problema, deve-se compreender os entrecruzamentos de paixões e razões, de sentimentos e atos, de devaneios e ações que acontecem nas relações sociais. Alega que, em razão das múltiplas particularidades, a sociologia compreensiva está mais preocupada em entender do que em elucidar. Diante desses argumentos, não há dúvida de que a sociologia compreensiva é muito importante para a análise da sociedade contemporânea. O autor em referência defende o estabelecimento de um equilíbrio entre razão e sentimento, quando se analisa um fenômeno. Acredita que existe “algo mais”, além de “números, medidas e desfechos”, valorizando os aspectos abstratos, como os sentimentos, e não somente os elementos da razão.

Em suas reflexões, Maffesoli (1988, p.19) assinala: “Embora o mundo seja difícil de ser vivido, sabemos que é preciso vivê-lo. E, da mesma forma, se é impensável, é preciso pensá-lo”. Segundo acrescenta, não há uma realidade única, mas maneiras diferentes de concebê-la (p.31). Com esse entendimento, deixa claro que compreender a estrutura social é mostrar como ela se apresenta e não como

gostaríamos que fosse. Afinal, o conhecimento cotidiano não indica a certeza, nem mesmo a probabilidade, em sentido matemático. Não estabelece obrigação ao objeto social para não mudar seu curso, fazendo uma analogia com o leito de um rio.

Com efeito, a necessidade de se elaborarem novos procedimentos de investigação no método compreensivo traz a perspectiva de que o conhecimento experimentado e vivenciado supera, em todos os sentidos, a construção racional. Para Maffesoli (1988), o conhecimento pela experimentação, que o conceitualismo tem tanta dificuldade em aceitar, irá encontrar no relativismo ou no pluralismo suas condições de possibilidade teórica, acrescentando:

O banal, isto é, o que escapa à imposição dos poderes, pode ser objeto de um real investimento. A situação vivida, por minúscula que seja, provoca um curto-circuito nas falsas oposições; ao contrário do que possa parecer, ela se faz espetáculo, verbaliza sua profunda ambivalência, é a um só tempo isto e aquilo. E, por este fato, ele reconhece que, através desta ambivalência, a vida pode ser vivida, apesar de tudo [...]. O mundo vivido que interessa a uma sociologia compreensiva é, simultaneamente, primeiro em relação às representações teóricas, não remete a outra coisa que não seja ele próprio e se assenta numa experiência coletiva. Resumindo isto em três palavras pragmáticas: *senso comum, presente, empatia* (MAFFESOLI, 1988, p.229).

O citado autor (1999) infere que, cotidianamente, dividimos nossas referências com outros sujeitos. Reafirma que, no cotidiano, a vida em curso é recorrente nos seus ritos e sinais insignificantes, edificando-se em volta da produção e da partilha de objetos simples. É isto que forma o essencial da existência para cada pessoa, resultando no *ethos* que concretiza distintas sociedades.

O mundo real que interessa à sociologia compreensiva, em relação às representações teóricas, harmoniza-se numa experiência coletiva. É essa experiência que constitui a característica essencial desses elementos, mesmo que sejam contraditórios. É com ela que apreendermos melhor o real significado do coletivo, propondo-se uma instrumentação sociológica dentro da subjetividade. Maffesoli (1988) defende uma sociologia compreensiva que seja capaz de relatar o vivido, no cotidiano, configurando-se, assim, em diferenciar as visões dos diferentes sujeitos envolvidos.

Em sua análise, critica o conformismo no ato de pensar, na maioria das vezes, saturado por essa aura moderna, ao mesmo tempo em que o cotidiano comum parece ser insignificante, sob o olhar cientificista. Vale salientar que esse mesmo cotidiano é o que estrutura o mundo real. O autor afirma que devemos dizer

sim à vida, apesar de tudo. Defende o ato de reverenciarmos a vida, de estarmos juntos e de compreendermos, acima de tudo. Assim, ao oferecer uma nova visão sobre as relações humanas, a sociologia compreensiva contribui incontestavelmente para que se possa apreender a experiência social em toda a sua plenitude e diversidade, ao compreender a vivência dos sujeitos. Nessa direção, Maffesoli (1988, p.132) afirma:

É preciso que nossa pesquisa saiba apresentar todos os elementos heterogêneos do vivido social, por mais distantes que estejam uns dos outros. Estão todos presentes, ao mesmo tempo, na trama do cotidiano – e é necessário saber dar conta disso. É preciso deixar espaço à imaginação, à incerteza, à audácia do pensamento.

O estudo do cotidiano busca alterar o conceito de modernidade, segundo o qual o que vale é o que pode ser mensurado. A sociologia compreensiva cria outro paradigma para as pesquisas científicas, valorizando os aspectos da razão, como elementos salutareos. Valoriza também os aspectos não observáveis, como os existentes no sentimento e no imaginário. Busca compreender o imprevisível, valorizando o casual, o banal, o que não é concreto. Valoriza as apresentações incompletas da vida e as ações subjetivas dos sujeitos nos seus sistemas de relações. Assim, percebe-se que a sociologia compreensiva, ao oferecer outra visão sobre as relações humanas, contribui para as investigações acadêmicas, em cuja abordagem se torna essencial entender como cada sujeito vivencia as diferentes necessidades e expectativas de saúde.

4.2 Caracterização da pesquisa

Este estudo caracteriza-se como um extrato da pesquisa nacional realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UNB), iniciada em 2014. Participam 27 municípios, com a seguinte distribuição por região do país: quatro do Norte, nove do Nordeste, cinco do Centro-Oeste, seis do Sudeste e dois do Sul, analisados a partir do trabalho de pesquisadores em oito estações. O objeto de estudo dessa pesquisa foi investigar o acesso e a qualidade da atenção integral prestada à população LGBT, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos municípios selecionados. A pesquisa foi financiada pelo Ministério da Saúde, nos 27

municípios onde se estabeleceram parcerias institucionais, para o desenvolvimento do projeto, com a participação de pesquisadores com expertise na temática pesquisada.

O presente estudo está ancorado nos fundamentos da pesquisa qualitativa, na medida em que se aprofunda na exploração dos significados das ações e relações humanas, produzindo resultados não encontrados por meio estatístico. Analisa também a história de vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos. Trata, além disso, do funcionamento organizacional, e dos espaços sociais, dentre outros temas (MINAYO; GOMES, (2013), MARCONI; LAKATOS, 2013).

Caracteriza-se como um estudo investigativo, descritivo e analítico, abordando a questão dos direitos à saúde integral direcionados à população LGBT em três capitais brasileiras. A pesquisa investigativa se caracteriza pela compreensão das ações humanas, resultantes de suas próprias experiências, com a consciência da melhor direção a tomar. Caracteriza-se ainda pela percepção das contrariedades que precisam ser superadas ou do novo a vivenciar. Busca identificar a consciência analítica, bem como, os instrumentos colocados à disposição desses indivíduos, para que possam movimentar-se melhor diante do processo no qual estão inseridos. Busca, por fim, utilizar a capacidade de percepção, reflexão e julgamento dos fatos, apreendendo suas próprias variações (MARCONI; LAKATOS, 2013).

Conforme as referidas autoras, a pesquisa descritiva revela as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades é a utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário, a entrevista e a observação sistemática. A pesquisa analítica também é utilizada para aprofundar as informações disponíveis, na tentativa de explicar o contexto de um determinado fenômeno. Submeter o produto do conhecimento à interface das discussões indica que a pluralidade de perspectivas permite lançar diferentes focos de luz a respeito do objeto estudado (MINAYO, 2000).

Utilizou-se também, nesta pesquisa, a análise documental, que se configurou quando foi realizada a análise dos dados em documentos escritos ou não, constituindo as fontes primárias e secundárias, extraídas durante a coleta de dados. Além das entrevistas e oficinas, as fontes se constituíram de livros, artigos,

documentários, documentos históricos e oficiais, dentre outros, para conhecimento dos documentos necessários à compreensão das conquistas da população LGBT.

4.3 Universo do estudo

As três estações da pesquisa foram as cidades de Campo Grande - MS, João Pessoa-PB e Vitória – ES. Foram escolhidas com o propósito de compreender as relações institucionais e os cenários em que vive a população LGBT. A justificativa para essa escolha foi o fato de serem capitais pertencentes a regiões distintas. Buscou-se também garantir uma conformidade com a pesquisa nacional na qual os critérios de seleção dos estados e municípios foram os seguintes: a) municípios que tenham a política de LGBT implementada; b) municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; c) municípios que dispõem de equipe de unidades básicas de saúde da família (UBSF) completa, com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; d) municípios com equipe da UBSF que, há pelo menos um ano, mantenha a mesma composição de trabalhadores.

Estação 1 - Campo Grande-MS

O Estado do Mato Grosso do Sul localiza-se ao sul da região Centro-Oeste. Limita-se com cinco estados brasileiros: Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Paraná, e com dois países sul-americanos: Paraguai e Bolívia.

Figura 1 - Localização do Estado do Mato Grosso do Sul

Fonte: IBGE Cidades, 2017.

O Estado de Mato Grosso do Sul foi fundado em 1977, como resultado do desmembramento do Estado do Mato Grosso. A divisão aconteceu devido ao fato de que a região que deu origem ao novo Estado apresenta características distintas e particulares. Contudo, somente em 1º de janeiro de 1979, o Estado foi oficialmente instalado (Portal MTE, 2015).

Sua economia é baseada no comércio, na pecuária e na agroindústria, sendo a bovinocultura de corte o principal segmento econômico do Estado. O ramo industrial conta com a extração de matérias-primas oriundas dos recursos minerais: calcário, ferro, mármore, manganês, entre outros minerais (Portal MTE, 2015). O Estado possui uma fauna riquíssima, com cerca de 80 espécies de mamíferos, trezentas espécies de peixes, mais de seiscentas espécies de aves, cinquenta de répteis e milhares de espécies de insetos. Sua vegetação também é diversificada, contando com várias famílias de árvores com características da flora da Amazônia, bacia do Paraná e Chaquenha (Portal MTE, 2015).

De acordo com dados do IBGE (2015), o Estado tem uma população estimada em 2.651.235 habitantes. É o único do país que possui oficialmente a Subsecretaria de Políticas Públicas para a Promoção LGBT. O órgão está ligado à Secretaria de Estado de Cultura e Cidadania e tem como objetivo dar andamento a projetos que ajudem a proteger esse segmento social do preconceito, intolerância e violência, além de desenvolver políticas locais voltadas ao movimento LGBT.

Segundo censo do IBGE, a população residente em Campo Grande, em 2010, era de 786.797 habitantes, e a população estimada para 2014 era de 843.120. O município está localizado em uma área equivalente a 8.092,951 km², com densidade demográfica de 97,22 (hab/km²). Na distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual com 51,53%, enquanto os homens correspondem a 48,47%. A faixa etária com maior percentual situa-se entre 20 a 24 anos, correspondendo a 9,7% do total da população.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) em 2010, foi de 0,784. Na classificação dos municípios brasileiros, Campo Grande ocupa a centésima posição. Já em relação aos municípios escolhidos para a pesquisa LGBT, ocupa a décima posição. Nas duas últimas décadas, houve um crescimento considerável na quantidade de crianças e jovens na escola, em relação a todas as faixas etárias. A taxa de analfabetismo no município diminuiu em todas as faixas etárias. Porém, a população acima dos vinte e cinco anos “carrega uma grande inércia, em virtude de gerações mais antigas com menor escolaridade” (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013). A renda *per capita* do município cresceu aproximadamente 72% nas duas últimas décadas, levando-se em consideração o período de 1991 a 2010.

Em Campo Grande, foram registrados vinte e nove casamentos civis entre pessoas do mesmo sexo, sendo vinte e três entre cônjuges femininos e seis entre cônjuges masculinos, representando 34,5% das uniões homoafetivas em relação às capitais dos Estados do Centro-Oeste. A religião predominante no município é a católica, com adesão de 51,6% da população residente.

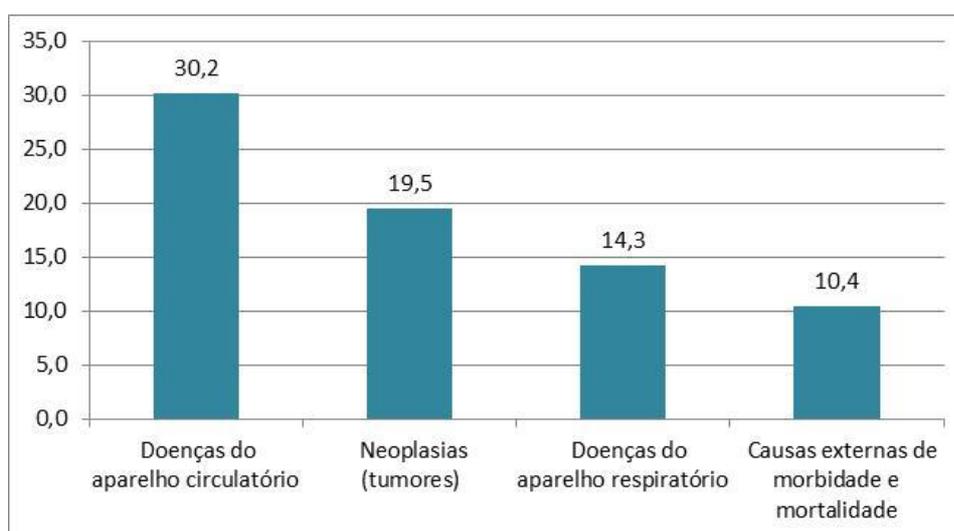
O registro da mortalidade geral no município de Campo Grande, no ano de 2015, aponta as quatro principais causas de morte, respectivamente: doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho respiratório e causas externas. Esses quatro conjuntos de causas representam 74,4% de todos os óbitos ocorridos em Campo Grande, no ano de 2015. As demais causas correspondem a 25,6%. No mesmo ano, em relação ao conjunto de causas referentes às doenças infecciosas e parasitárias, existem registros estatísticos de mortes por tuberculose (13), por SIDA (81) e por dengue (05). Em relação às doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais, observou-se ocorrência de 154 óbitos por diabetes mellitus, doença crônica não-transmissível. Dentre as doenças cardiovasculares, foram notificados 434 óbitos por acidente vascular-encefálico e 243 por infarto agudo

do miocárdio. As causas externas provocaram 523 óbitos, destacando-se 166 por homicídios e 49 óbitos por lesões autoprovocadas (suicídios).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Campo Grande possuía 1.442 estabelecimentos de saúde em 2015. Desse total, 64 são unidades básicas de saúde ou centros de saúde. A cobertura populacional por equipe do programa “Saúde da Família”, em Campo Grande, foi de 36,89% em 2014, sendo atendidos 307.050 habitantes por 89 equipes do programa.

O gráfico a seguir apresenta o percentual de óbitos ocorridos nos quatro principais grupos de causas de mortes (CID 10) sobre o total de óbitos no ano do estudo.

Gráfico 1 - Percentual das principais causas de óbitos na população residente no Município de Campo Grande, em 2015.



FONTE: DATASUS / SIM, 2015.

Com relação à rede de assistência à saúde voltada para a população LGBT, em 2016, foi implantado, no Hospital Universitário, o Ambulatório Transexualizador. Foi recebido como uma grande conquista para a população LGBT, em especial, para as pessoas transgêneros. O ambulatório oferece os seguintes atendimentos: acolhimento, aconselhamento e hormonoterapia, todos financiados pelo SUS. Campo Grande também possui um Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA para diagnóstico do HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis - IST. Esse serviço também funciona como CTA itinerante. Uma equipe realiza ações de prevenção e diagnóstico fora das unidades de saúde. O objetivo dessas ações é

facilitar a realização do teste de HIV, principalmente para as pessoas com dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Observa-se, entretanto, que o processo de saúde e doença da população de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (transexuais e travestis) sofre influência de determinantes sociais, como renda e habitação (CARDOSO; FERRO, 2012). Quanto às demandas específicas na utilização dos serviços de saúde, alguns autores observaram que, entre as mulheres lésbicas, havia a descrença de que pudessem adquirir alguma doença sexualmente transmissível (DST), por não praticarem sexo com homens. Houve também observações quanto ao despreparo dos profissionais de saúde no atendimento. Registrou-se, além disso, a falta de regularidade na procura ao serviço de saúde para cuidados preventivos, como ginecologia. Já no que se referem aos homens gays, as ações ligadas especificamente à HIV/AIDS constituíam um estigma a essa população.

Estação 2 - João Pessoa-PB

A Paraíba localiza-se ao leste da região Nordeste e limita-se com três estados: Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará, além do Oceano Atlântico. Sua área é de 56.585 km², com uma população de 3.944 milhões em 2014. É o décimo terceiro estado mais populoso do Brasil. Sua capital, João Pessoa, é o município mais populoso, havendo três outros municípios com população superior a cem mil habitantes: Campina Grande, Santa Rita e Patos. Antes da colonização portuguesa, a região foi habitada por várias tribos indígenas. Em 1534, foi subordinada à Capitania de Itamaracá, adquirindo autonomia política em 1574, com a criação da Capitania da Paraíba. Encontra sua etimologia na língua tupi significando "rio ou mar difícil de navegar".

O geógrafo e governador da Capitania da Paraíba, Elias Herckmans confirma essa versão em sua obra "Descrição geral da Capitania da Paraíba", de 1639. A denominação teria origem como referência à estreita boca do canal que dificultava ao invasor conquistar a região na primeira expedição. Em razão desse estreitamento, bastavam duas baterias de canhões, em cada margem, para abater os navios que ousassem ancorar. Há também referência a um rochedo que havia e aparece nos mapas antigos. Muito tempo depois, foi dinamitado para facilitar as atividades portuárias nas últimas décadas do século XX. Esse topônimo passou a

designar também a capitania, que se elevou à categoria de Província em 1822, transformando-se em Estado em 1889, com a proclamação da República.

Em 1860, a Paraíba tinha uma população de aproximadamente duzentos e doze mil habitantes, registrando-se graves problemas de saúde pública e epidemias de doenças, como cólera e febre amarela, tendo como uma das principais causas o precário abastecimento de água. Em 1877, a província foi atingida por uma grande seca, a mais grave da história, acentuando a pobreza e provocando, conseqüentemente, uma migração populacional do interior para o litoral.

Figura 3 - Localização do Estado da Paraíba



Fonte: IBGE Cidades, 2017.

De acordo com o DATASUS, em 2010, havia 42.854 pessoas analfabetas no Estado da Paraíba, representando 7,67% da população. Com relação à rede de assistência à população LGBT, a Paraíba possui uma Delegacia de Repressão a Crimes Homofóbicos, considerada referência no país. A cidade de João Pessoa é a única capital brasileira a ter uma delegacia especializada desse tipo. No ano de 2016, houve o registro de 38 inquéritos policiais e de 56 termos circunstanciados de ocorrência (TCO), além de 96 boletins de ocorrência (BO). A maioria dos atendimentos envolve homossexuais masculinos (68%), em seguida, homossexuais femininos (24%) e, por último, travestis (8%). A faixa etária das vítimas que procuram a delegacia varia entre 18 a 60 anos. O órgão é um ambiente diferenciado,

que recebe o apoio e o reconhecimento de entidades que atuam nas agressões por homofobia.

Em 11 de dezembro de 2017, o governador do Estado assinou quatro decretos com o objetivo de regulamentar os serviços destinados à população LGBT. Também nomeou e empossou os membros do Conselho Estadual de Direitos de LGBT, em solenidade no Palácio da Redenção, em João Pessoa. O primeiro decreto cria o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais. O ambulatório é o primeiro do Nordeste e funciona no Complexo Hospitalar Clementino Fraga, (CHCF), na capital. Mantido com recursos do governo do Estado, já realizou 3.600 atendimentos e cadastrou 286 usuários.

O ambulatório já estava previsto no regimento interno do CHCF, desde 2013. Porém, com a assinatura do decreto, em 2017, passou a contar com uma maior segurança jurídica, por ter seu funcionamento legalmente regulamentado. Ainda em processo de habilitação por parte do Ministério da Saúde, o ambulatório funciona com recursos do Estado, oferecendo atendimento por diversos profissionais da saúde, inclusive fonoaudiólogos e nutricionistas, que não estão inseridos na portaria que regulamenta o atendimento para o processo transexualizador (TT), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de usuários de municípios do Estado da Paraíba, o ambulatório também atende pacientes vindos de outros estados, como Pernambuco, Sergipe e Rio Grande do Norte.

O segundo decreto institui normativas e diretrizes para o tratamento da população LGBT nos presídios. Entretanto, desde o ano de 2014, o governo do Estado mantém, no presídio do Roger, uma cela destinada a acolher gays, bissexuais, travestis e mulheres transexuais, que manifestarem vontade de ocupar aquele espaço. A Paraíba foi o terceiro estado do Brasil e o primeiro do Nordeste a adotar essa política.

O terceiro decreto estabelece diretrizes e normativas para a inclusão de mulheres transexuais e travestis, em situação de violência doméstica e familiar, no atendimento das Delegacias Especializadas de Mulheres. Essa medida já vinha sendo tomada, mas sem amparo legal. O decreto está em consonância com o que prescreve a Lei Maria da Penha. Esse atendimento já vinha sendo recomendado pelos órgãos do Poder Judiciário brasileiro.

O último decreto regulamenta a Lei nº 10.909/2017, que proíbe discriminação motivada pela orientação sexual e identidade de gênero, no âmbito de repartições

públicas e empresas privadas. O decreto garantirá meios para que haja uma fiscalização no cumprimento da normativa, bem como a aplicação das sanções cabíveis.

Merece especial destaque o Conselho Estadual dos Direitos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CEDLGBT/PB). Criado em 2014, por meio do Decreto nº 35.004, o órgão realiza reuniões mensais. É composto, paritariamente, por representantes das sete entidades da sociedade civil da capital e do interior do Estado e sete de instituições governamentais. Tem como principal objetivo discutir a implementação e a efetivação de políticas públicas voltadas para essa população.

João Pessoa, a capital da Paraíba, é o principal centro financeiro e administrativo do Estado. A cidade está localizada no ponto mais extremo da América do Sul. Em 2015; sua população era de 791.436 habitantes (DATASUS/IBGE), sendo 46,7 % do sexo masculino e 53,3% do sexo feminino. Naquele ano, 35,8% da população possuíam entre 20 e 39 anos e 10,1% eram idosos, com idade igual ou superior a 60 anos. A taxa de envelhecimento no município, em 1991, era de 4,80; no ano de 2000, aumentou para 5,56% e, em 2010, atingiu 6,96% (IBGE). Proporcionalmente, os idosos representam 6,96% da população total do município. Já a população com menos de 15 anos, que representava 27,80% em 2000, passou a representar 22,22% em 2010. Segundo o DATASUS, no ano de 2012, havia 76.591 idosos, representando 10,3% da população total.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,763, sendo considerado um valor mais alto do que a média brasileira. O IDHM é calculado considerando três critérios: a educação, a longevidade e a renda. Porém, esse cálculo não se limita ao desenvolvimento econômico, permitindo que seja realizada uma comparação entre índices de diferentes localidades.

Na classificação do IDHM, no âmbito do Estado da Paraíba, João Pessoa é o município que ocupa o primeiro lugar. Já com relação aos municípios brasileiros, ocupa a 320ª posição (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013).

Em relação aos municípios de abrangência do projeto “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”, João Pessoa ocupa o 14º lugar, com um IDHM de 0,763. Obteve o segundo maior valor entre os municípios da região Nordeste.

Figura 4 - Localização do município de João Pessoa.



Fonte: IBGE Cidades, 2017.

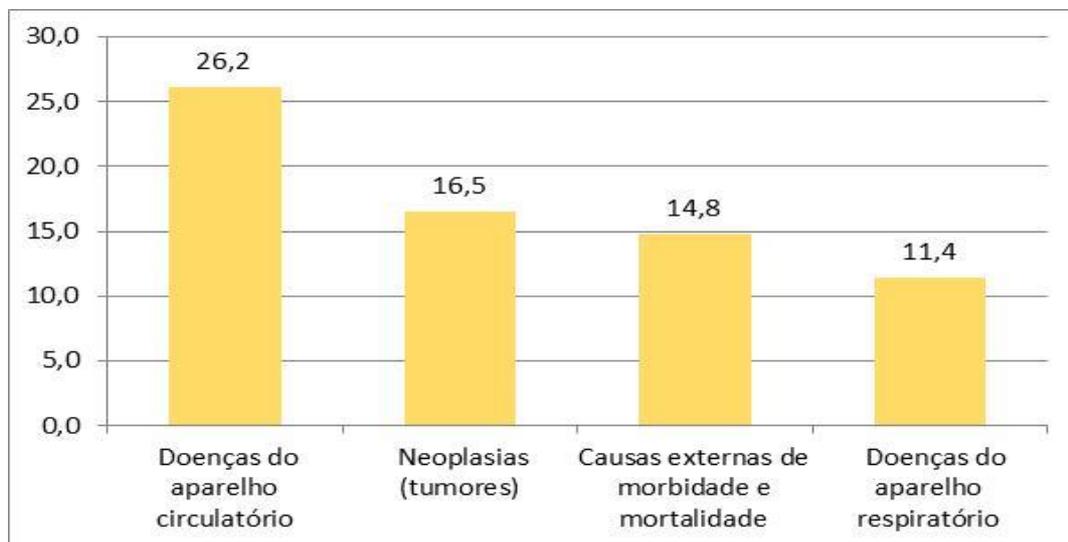
Em João Pessoa, segundo o IBGE, com base no recenseamento de 2010, em 95% dos bairros, houve quem declarasse viver em união estável com companheira ou companheiro do mesmo sexo. Do total de 718.919 domicílios pesquisados, em 396, havia relação conjugal homoafetiva.

A população residente no Município de João Pessoa pertence, em sua maioria, à religião católica, representando 71,07% da população, seguindo-se as religiões evangélicas com 26,99% (IBGE, 2010). Dados colhidos pelo Grupo Gay da Bahia (GGB) dão conta de que a Paraíba está em segundo lugar no *ranking* nacional de crimes cometidos com motivação homofóbica.

O número de nascidos vivos, no Município de João Pessoa, no ano de 2015, foi de 12.299 (DATASUS). Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, em 2015, registrou-se o total de 4.914 óbitos de residentes. Os quatro principais grupos de causa de mortes, no município de João Pessoa, foram respectivamente: doenças cardiovasculares; neoplasias; causas externas e doenças do aparelho respiratório.

O gráfico a seguir demonstra o percentual de óbitos causados pelos quatro principais grupos de causa de morte (CID 10) sobre o total de óbitos no ano do estudo.

Gráfico 2 - Percentual de óbitos motivados pelas principais causas de morte, no Município de João Pessoa, no ano de 2015.



FONTE: DATASUS / SIM, 2015.

As mortes por doenças infecciosas e parasitárias registraram, em 2015, 25 óbitos por tuberculose, 3 por dengue e 49 por SIDA. As doenças e agravos não transmissíveis provocaram 251 óbitos por diabetes mellitus, 356 por acidente vascular-encefálico, 253 por infarto agudo do miocárdio, 467 por homicídios e 22 óbitos por lesões autoprovocadas.

Segundo o CNES, existiam, em 2012, 1.358 estabelecimentos de saúde cadastrados. Meira; Pereira (2012), em seu trabalho sobre cartografia do SUS em João Pessoa, afirmam que do total de estabelecimentos 110 são unidades de saúde da família, construídas para funcionamento com até quatro equipes. Nelas atuam 224 equipes do programa. Existem também seis centros de atenção básica de saúde. A cobertura populacional por equipes de saúde da família foi de 82%, o que corresponde a 607.200 habitantes, com 176 equipes.

Além da Delegacia Especializada em Crimes Homofóbicos, o Município de João Pessoa possui outros serviços que prestam assistência à população LGBT: Coordenadoria Municipal de Promoção à Cidadania LGBT, Ouvidoria Municipal, Centro Estadual de Referência dos Direitos LGBT e Enfrentamento à Homofobia da Paraíba, Disque Direitos Humanos (Disque 100) e Centro de Cidadania LGBT.

O município possui um serviço de referência para o processo transexualizador, localizado no Ambulatório para Travestis e Transexuais do

Hospital Clementino Fraga. Conforme já referido, foi regulamentado, em 11 de dezembro de 2017, por decreto do governo do Estado.

O espaço é exclusivo para o atendimento da população de travestis e transexuais. Atende todos os municípios paraibanos, além de dois Estado da região Nordeste: Pernambuco e Rio Grande do Norte. Após o encaminhamento feito pela Secretaria de Estado da Mulher e da Diversidade Humana, o prontuário é aberto e a pessoa recebe o cartão do usuário. Munido desse cartão, o usuário faz o agendamento para uma das especialidades existentes no ambulatório.

Outro serviço que presta assistência à população LGBT, no município, é o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Até o ano de 2004, funcionava de forma limitada. A partir de 2005 até 2011, o CTA municipal passou por grande reformulação estrutural e no seu processo de trabalho. Além de passar a oferecer serviços no Centro de Testagem e Aconselhamento, a gestão municipal investiu na construção de uma sede própria para o serviço, com espaço para academia de ginástica, fisioterapia, sala de leitura, biblioteca e laboratório. Outro investimento que mostra a visão ampliada da gestão na época foi a oferta do tratamento da lipodistrofia para redução dos danos estéticos causados pelo uso da terapia antirretroviral.

Estação 3 - Vitória-ES

O Estado do Espírito Santo está localizado na região Sudeste. Faz fronteira com o oceano Atlântico a leste, com a Bahia ao norte, com Minas Gerais a oeste e noroeste e com o Rio de Janeiro ao sul. É o quarto menor estado do Brasil, maior apenas que Sergipe, Alagoas e Rio de Janeiro.

Sua capital é o Município de Vitória. No entanto, a cidade mais populosa é o Município da Serra. Os Estados do Espírito Santo e de Santa Catarina são os dois únicos cujas capitais não são as cidades mais populosas. Outros importantes municípios do Estado são: Cariacica, Cachoeiro de Itapemirim, Colatina, Guarapari, Linhares, São Mateus e Vila Velha. O gentílico é denominado de capixaba ou espírito-santense. Segundo dados do IBGE, sua população estimada está em torno de 3.929.911 habitantes. Possui uma área total de 46.096,925 km², tendo uma média de 76,25 km² por habitante. A renda média *per capita* de seus habitantes, no ano de 2014, era de 1.052,00 por domicílio (IBGE, 2015).

O nome do Estado foi dado pelo donatário Vasco Fernandes Coutinho que ali desembarcou em 1535, num domingo dedicado ao Espírito Santo. Durante o século XVI, a igreja católica teve uma grande influência dentro do Estado, principalmente com a catequização dos índios da região. Durante todo o século XIX, ocorreu um número considerável de imigrantes para o território, destacando-se povos europeus, portugueses, africanos e muitos índios que deixaram as tribos e deslocaram-se para as cidades.

Segundo o IBGE, no ano de 2013, no Estado de Espírito Santo, foram registrados 43 casamentos civis entre pessoas do mesmo sexo, sendo 20 entre cônjuges femininos e 23 entre cônjuges masculinos. O Estado representa 1,8% das uniões homoafetivas na região Sudeste.

Figura 5 - Localização do Estado do Estado do Espírito Santo.



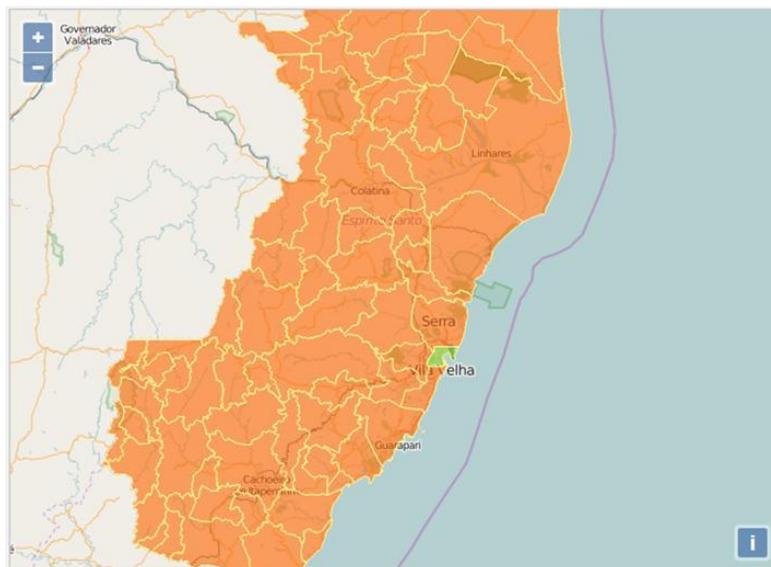
Fonte: IBGE Cidades, 2017.

O Município de Vitória, capital do Estado, é uma das três capitais do país cujo centro administrativo municipal está localizado em uma ilha, no caso, a Ilha de Vitória. Sua população, no ano de 2015, estava estimada em 355.876 habitantes (DATASUS/IBGE), sendo 47,5 % do sexo masculino e 52,5% do sexo feminino. Do total de sua população 34,6 % situavam-se na faixa etária entre 20 e 39 anos e 13,7 % são idosos, ou seja, com idade superior a 60 anos e mais.

Segundo o Censo do IBGE, a população residente em Vitória, no ano de 2010, era de 327.801 habitantes, elevando-se em 2014 para 352.104. A área de sua

unidade territorial é equivalente a 98,194 Km², sendo a densidade demográfica equivalente a 3.338,30 (hab/km²). Em relação à distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual, com 53,04%, enquanto os homens correspondem a 46,96%. A faixa etária com maior percentual situa-se entre 25 a 29 anos, correspondendo a 10,2% do total da população.

Figura 6 - Localização do Município de Vitória



Fonte: IBGE Cidades. 2017.

O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), em 2010, foi de 0,845. Na classificação dos municípios brasileiros, segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013, Vitória ocupa a 4ª posição, enquanto, na relação com os municípios participantes da pesquisa LGBT, ocupa a 1ª posição.

O período de estudo escolar do município passou de 9,9 anos, em 1991, para 10,04 anos, em 2010, indicando que houve um aumento no número de anos estudados. A taxa de analfabetismo no município diminuiu em relação todas as faixas etárias. Porém, a população com 25 anos “carrega uma grande inércia, em virtude de gerações mais antigas com menor escolaridade” (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, 2013).

Em Vitória, de acordo com o IBGE, no ano de 2013, foram registrados onze casamentos civis, sendo seis entre cônjuges femininos e cinco entre cônjuges masculinos, representando 1,1% das uniões homoafetivas entre as capitais dos Estados do Sudeste. Na capital capixaba a religião Católica representa 54,1% da

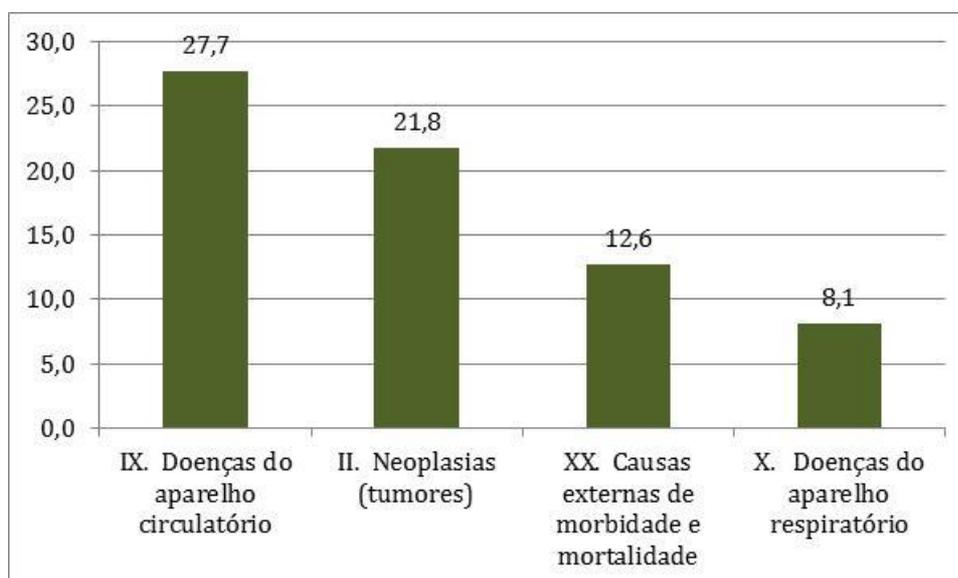
população residente, enquanto as religiões Evangélicas representam 29,6% da população.

Com base no relatório da Violência Homofóbica no Brasil, no ano de 2012, foram registradas 74 denúncias no Estado do Espírito Santo. No ano anterior, haviam sido apresentadas apenas 24 denúncias, registrando-se um aumento de 208%.

No ano de 2015, o Município de Vitória registrou, no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), um total de 4.687 nascidos vivos residentes. Já no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o total de óbitos de residentes, no ano de 2015, foi de 1.921.

Os quatro principais grupos de causas de mortes foram, respectivamente: doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. As mortes por doenças infecciosas e parasitárias registraram em 2015, um total de 207, sendo 09 por tuberculose, 02 por arboviroses e 27 pelo vírus da imunodeficiência humana. Com relação às doenças e agravos não-transmissíveis, ocorreram 104 óbitos por diabetes mellitus, 177 por acidente vascular-encefálico, 108 por infarto agudo do miocárdio, 88 provocadas por homicídios e 18 por lesões autoprovocadas. O gráfico a seguir apresenta o percentual de óbitos resultante dos quatro principais grupos de causa de morte (CID 10) sobre o total de óbitos no ano de 2015.

Gráfico 3 - Percentual de óbitos provocados pelas principais causas de morte no Município de Vitória, no ano de 2015.



FONTE: DATASUS / SIM. 2015.

A cobertura populacional por equipe do programa Saúde da Família foi de 76,28%, correspondendo a 265.650 habitantes atendidos por 77 equipes, segundo dados da gestão estratégica do Ministério da Saúde. Com relação à rede de assistência, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, em 2015, o município possuía 1.210 estabelecimentos de saúde, sendo que 31 eram unidades básicas de saúde ou centros de saúde. Segundo o DATASUS, no mesmo ano, contava com 111 equipes do programa Saúde da Família e duas do programa Agentes comunitários da Saúde, totalizando 113 equipes.

A Portaria GM/MS nº 2.803, de novembro de 2013, redefiniu e ampliou o processo transexualizador, no contexto da política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Essa ampliação contemplou duas modalidades: a ambulatorial, que acompanha os usuários nos períodos pré e pós-operatórios; o setor de hormonioterapia, que abrange as especialidades de endocrinologia, ginecologia, urologista, obstetrícia, cirurgias plásticas, psicologia e psiquiatria, além dos serviços de enfermagem e assistência social. O Estado conta com o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), para a prestação de serviços, no caso de processo transexualizador.

4.4 Sujeitos da pesquisa

Os participantes deste estudo eram pertencentes à população LGBT e também os profissionais das unidades básicas de saúde, com atuação nos municípios estudados. Os critérios de inclusão dos profissionais da saúde na pesquisa abrangeram apenas aqueles que participavam das equipes multiprofissionais de saúde da família/atenção básica, por equipe selecionada. No caso da população LGBT, foram incluídos os usuários e usuárias do SUS nos municípios pesquisados. Foram excluídos os sujeitos que não faziam parte desse universo. As tabelas com os endereços das unidades onde foram realizadas as entrevistas estão no Apêndice A.

4.5 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para coletar os dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Anexo B), com duração de quarenta minutos, com os seguintes profissionais da saúde: um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde. O tamanho da amostra foi definido a partir dos critérios estabelecidos na pesquisa nacional, isto é, quantidade de unidades definidas por cada município da pesquisa. Assim, nas capitais com cerca de um milhão de habitantes, as pesquisas deveriam ser feitas em dez unidades básicas/ESF. Foi o caso das cidades de Campo Grande e Vitória. Em relação à cidade de João Pessoa, foi seguido o critério de proporcionalidade/tamanho da população, selecionando-se cinco unidades de saúde da família (USF), uma em cada um dos cinco distritos sanitários. Após a definição desse critério, as unidades básicas de saúde foram selecionadas aleatoriamente.

A pesquisa teve início, após autorização pela Secretaria Municipal de Saúde dos três municípios, selecionados. Os encontros foram previamente agendados entre a pesquisadora e a representação da atenção básica de cada município, exceto em João Pessoa. Nesse caso, coube aos pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) realizar o contato com os sujeitos da pesquisa. As oficinas de grupo com os integrantes da população LGBT foram articuladas com sua representação local. Todos os instrumentos foram submetidos ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Cada participante assinou esse

documento em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante (Anexo A).

A coleta de dados junto à população LGBT foi feita nas estações pesquisadas, na seguinte ordem. Na cidade de Campo Grande-MT, ocorreram três oficinas: a primeira para gays, realizada num espaço recreativo, a partir de articulação com liderança do movimento na cidade; a segunda aconteceu em uma residência coletiva de mulheres travestis e trans; a terceira foi realizada com lésbicas, em uma sala num centro comercial, a partir de articulação com representantes do movimento de lésbicas em Campo Grande. Não foi possível realizar a oficina com homens trans na cidade de Campo Grande, por motivos de incompatibilidade de agenda com esse segmento, já que alguns trabalhavam durante a semana e estudam à noite e outros só tinham folga a cada 15 dias (Anexos C e D).

Em João Pessoa-PB, foram realizadas quatro oficinas, sendo duas no auditório do NESC da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi pactuada com o segmento LGBT a realização da oficina nesse espaço. O acordo foi mediado pelos pesquisadores do núcleo. A terceira oficina, realizada com um grupo de lésbicas e bissexuais femininas, ocorreu durante o I Seminário Internacional de Diversidade Sexual, Direitos e Cidadania. A quarta foi realizada com mulheres trans e travestis, na sede do Movimento do Espírito Lilás, onde também funciona a Associação de Travestis e Transexuais (ASTRAPA). Após três tentativas para marcar a agenda com os seis integrantes do segmento homens trans, identificados em João Pessoa, sem sucesso, optou-se por adaptar o roteiro da oficina que foi aplicado aos demais segmentos LGBT, transformando-o em um instrumento de entrevista individual.

Em Vitória-ES, aconteceram quatro oficinas: uma na sede da entidade, denominada Grupo Orgulho Liberdade Diversidade (GOLD), e as outras três em espaço mediado entre a pesquisadora, a representação dos movimentos LGBT do estado e coordenação do evento. Foram realizadas durante o IV Seminário Internacional de Educação e Sexualidade/ II Encontro Internacional de Estudos de Gênero, promovidos no período de 19 a 21 de julho de 2016, pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Optou-se pela técnica de escuta qualificada do grupo estratégico, através de oficinas. Era fundamental analisar-se essa produção por meio de experiências compartilhadas. Foram também consideradas interações e comunicações estabelecidas com os usuários LGBT do sistema de saúde local. A técnica de

grupos, utilizada nas oficinas com a população LGBT, seguiu roteiro próprio por grupo de população. As discussões foram gravadas por meio eletrônico e, posteriormente, transcritas. Em cada grupo, registrou-se uma participação que variou entre quatro e dez sujeitos, num tempo médio de duas horas. Os instrumentos de coletas constam nos (Anexos B, C e D), respectivamente.

Percebeu-se, inicialmente, que os participantes da pesquisa se mostraram curiosos com o que aconteceria, parecendo um pouco inibidos. Entretanto, no decorrer das discussões, a inibição foi sendo superada. Assim, aos poucos, foram expressando seus relatos com mais liberdade e confiança. Passaram a se posicionar com mais frequência, registrando-se um crescimento das manifestações verbais com mais espontaneidade.

Cada entrevista durava em torno de quarenta minutos. Foi realizado um total de 120 entrevistas nas três estações pesquisadas. Em João Pessoa aconteceram 25 entrevistas com profissionais da saúde que atuavam nas unidades básicas, no período de 30 de março a 15 de abril de 2015. Em Campo Grande, foram realizadas 48 entrevistas com profissionais da saúde das unidades básicas, no período de 20 a 24 de junho de 2016. Em Vitória, foram realizadas 47 entrevistas com profissionais de saúde das unidades básicas, no período de 14 a 18 de dezembro de 2015. Em Campo Grande, as oficinas foram realizadas no período de 18 a 20 de agosto de 2016; em João Pessoa, ocorreram entre 01 a 30 de outubro de 2014 e, em Vitória, aconteceram no período de 19 a 21 de julho de 2016. Para a realização das nove oficinas, com duração em média de uma hora e trinta minutos cada, foi disponibilizado um espaço para, no mínimo, doze pessoas circularem. A fase da coleta da pesquisa foi concluída em 2016. Todo o material coletado nas entrevistas e oficinas foi gravado e, posteriormente, transcrito.

O Diário de Campo

O diário de campo fez parte dos registros durante a coleta de dados. Foi utilizado para o registro dos fatores mais relevantes, em um constante exercício de fixar-se ao presente, sem perder-se em divagações ou tentativas de interpretações e análises. Sempre se corre o risco de se perder alguma fala, gestos, sensação ou reação consideradas essenciais para aquela cena que se descortina aos olhos de

quem pesquisa. Transportar o passado para o presente requer uma ação de trazer os fatos à superfície, sendo também uma produção de subjetividade.

Esse exercício de fazer anotações sobre momentos do cotidiano e, posteriormente, colocá-las em análise, foi útil para colher e agrupar dados referentes às diversas ações para posterior consulta, comparação, avaliação e sistematização. O uso do diário de campo teve como objetivo registrar, naquele momento, atitudes e fatos percebidos, além das falas gravadas. Por meio desse registro, foi possível estabelecer relações entre as vivências objeto do estudo e o aporte teórico adquirido no decorrer do trabalho.

Os registros eram feitos diariamente, identificando-se os sujeitos envolvidos, o local, as situações observadas, bem como outras condições que poderiam interferir nas falas proferidas. A pesquisadora sempre observava como o ambiente nas unidades estava estruturado. Se havia cadeiras ou bancos, equipamentos, e o modo como as pessoas se expressavam em suas falas e gestos. Essa tarefa não é difícil. Difícil mesmo é interpretar os gestos, a fisionomia, o tom de voz, o olhar das pessoas. Essa atividade exige que se faça um exercício, de forma a não apenas ver, mas sentir, numa tentativa de compreender o todo, de descobrir o que está por trás das máscaras.

A organização do diário representou um ponto positivo nesta caminhada de aprendizagem em pesquisa de campo. Como é natural, a pesquisadora vivenciou conflitos pessoais, confrontos com seus limites, momentos de fragilidade, resultando em um amadurecimento pessoal e profissional. Sua angústia estava em não saber enxergar, em meio a sentimentos de autossuficiência, o tamanho dos desafios postos neste estudo. A pesquisa ganhou em qualidade, na medida em que levou a pesquisadora a conviver e a aprender com as pessoas, mesmo com tantas dificuldades para firmarem suas identidades. Levou-a também a conviver com os profissionais da saúde no cotidiano de suas atividades, problemas, limitações e resistências. Os trechos das narrativas fizeram emergir os sentimentos dos sujeitos que vivenciaram a pesquisa como participantes. De maneira geral, afirmaram ter sido uma experiência inovadora, prazerosa e de grande significado.

Na pesquisa de campo (UBS e oficinas), observou-se certa desconfiança por parte de alguns profissionais e participantes da população LGBT. Por motivos óbvios ou desconhecidos não queriam responder as questões formuladas nas entrevistas e oficina, ou então respondiam sem o devido aprofundamento.

Inicialmente, dada a inexperiência da pesquisadora, as primeiras conversas não fluíram bem. Isso aconteceu talvez pelo fato de o agendamento ter sido feito pela SMS, gerando receio em alguns entrevistados. Outro fator que causou um pouco de timidez nos entrevistados foi o ato de gravar as falas. De maneira geral, a pesquisadora contou com o apoio de lideranças do movimento LGBT, que se colocaram disponíveis para articular e convidar as pessoas LGBT. Cabe ressaltar que, em uma pesquisa científica por mais que os caminhos sejam bem traçados e por mais que haja o envolvimento do pesquisador, o retrato que se tem da realidade é sempre parcial.

As falas da população LGBT nas oficinas mostram uma riqueza de detalhes. Seus depoimentos muito contribuíram para uma possível constituição fidedigna da história desses usuários no SUS. Embora as entrevistas tenham acontecido durante o horário de trabalho dos profissionais da saúde, houve disponibilidade em atender a pesquisadora. Sua jornada de trabalho nas USF era das oito às doze horas e das quatorze às dezesseis horas. Em seus deslocamentos, teve o apoio da Prefeitura Municipal de Campo Grande e do governo do Estado do Espírito Santo, através da Secretaria da Saúde. O diário revelou-se como um instrumento útil, uma importante ferramenta. Sua utilização foi importante na construção deste trabalho.

4.6 Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, de modo a permitir a discussão dos resultados. Foi realizada com base na teoria da análise do discurso, fazendo-se uso de uma de suas linhas de abordagem, que é o discurso do sujeito coletivo. O universo em que vivem e trabalham os profissionais da atenção básica à saúde e os usuários da população LGBT, sujeitos desta investigação, é de natureza também social. Para fazer-se a análise desses sujeitos, recorreu-se à sociologia compreensiva, já descrita. Ela se ocupa das formas pelas quais as realidades são admitidas e também conhecidas, bem como dos processos pelos quais esses conhecimentos se estabelecem como realidade.

Para analisar as falas dos participantes, utilizou-se o sistema “*QualiQuantSoft*”. Essa ferramenta possibilitou construir o discurso do sujeito coletivo (DSC) de cada grupo entrevistado. O sistema é desenvolvido a partir de um conjunto harmônico de procedimentos, que permite delinear descritivamente a

opinião de uma dada coletividade como produto “qualiquantitativo”. Seu objetivo é fazer um apanhado de depoimentos discursivos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2005).

Para os autores acima citados, o DSC é uma metodologia de processamento, capaz de chegar à essência dos depoimentos de determinada coletividade, que depois serão analisados. Quando se procura auscultar o pensamento de uma coletividade sobre um tema, deve-se levar em consideração que a opinião dos indivíduos só precisa ser analisada como depoimento discursivo. Caracteriza-se como a revelação linguística de um posicionamento sobre determinado tema, formado de uma ideia central, seus conteúdos e argumentos. A técnica adotada no DSC recupera as ideias coletivas, através do pensamento coletado em questões abertas. Ela faz com que esse pensamento, como comportamento discursivo e episódio social individualmente internalizado, possa se expressar.

Este estudo tomou por base a pesquisa nacional “Análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”. De posse dessa orientação, o material de pesquisa foi produzido a partir das oficinas, realizadas nos três municípios. Os discursos produzidos durante as entrevistas com os profissionais da saúde e as oficinas com os integrantes da população LGBT foram analisados e sintetizados, com base na metodologia do discurso do sujeito coletivo (DSC). Essa metodologia permite a construção de um discurso-síntese, elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados. Nesse sentido afirma Lefevre; Lefevre (2014) o método do discurso do sujeito coletivo preserva a sua dimensão individual articulada com a sua dimensão coletiva.

A metodologia do DSC é adotada em pesquisa qualitativa. Segundo sua programação, para que se conhecer o que pensam os indivíduos, é indispensável a utilização de quesitos abertos. Entende-se que os quesitos fechados representam apenas a adesão a um pensamento preexistente. Lefreve e Lefreve (2005) esclarecem que um discurso é instituído quando, individualmente ou em grupo, busca-se colher um pensamento sobre determinado tema. Dessa forma, possibilita sintetizar os discursos individuais, de modo que possam expressar o pensamento de uma coletividade. Para tanto, os citados autores propõem o desenvolvimento das seguintes etapas que devem compor o DSC:

Escolher o tema do que está sendo questionado, pois em cada pergunta existe um assunto que o investigador deseja ver explicitado. Destacar, nos discursos individuais sobre o tema, as expressões-chave (ECH), trechos da preleção que expressam a essência do que o indivíduo quis transmitir e que serão copiadas literalmente na constituição do DSC. Identificar as ideias centrais (IC), palavra ou palavras que descrevem fidedignamente o significado de cada ECH. Estabelecer a ancoragem (AC), ligação que o indivíduo apresenta a determinada ideologia e que pode ser identificada a partir das ECH que utiliza em seu discurso. Em seguida, agrupam-se as expressões-chave que constituem uma mesma ideia central ou ancoragem. Assim, em uma mesma ideia, encontram-se ECH de vários indivíduos (2005, p.17).

O DSC, sendo uma técnica de organização de dados qualitativos, é utilizado na busca de reconstruir um sujeito coletivo que, mesmo nessa condição, esteja também falando como se fosse um indivíduo. Assim, comporta-se como um sujeito de discurso individual, com representação de um conteúdo ampliado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006). Com base nessa técnica, a sociologia compreensiva de Maffesoli (1988) e a análise do sujeito coletivo de Lefevre; Lefevre (2005) estarão dialogando na análise e discussão dos achados revelados no presente estudo.

Essa análise deve ser feita a partir da liberdade do olhar, que deve ser, ao mesmo tempo, insolente, ingênua, trivial e até incômoda, abrindo brechas e permitindo intensas trocas. Conforme já anotado, é necessário que haja um equilíbrio entre razão e sentimento, quando se trata da análise de um fenômeno (MAFFESOLI, 1988;1999). É preciso entender algo além dos parâmetros numéricos e medidas. Partindo desse pressuposto, estudiosos têm defendido o uso da razão sensível para alicerçar o processo de pesquisa. Justificam que os seres humanos são influenciados por fatores outros que não apenas os racionais.

Com esse entendimento, Maffesoli (1988) esclarece que a sociologia compreensiva adota outro paradigma nas pesquisas científicas, valorizando os aspectos da razão. Porém, não desconsidera aspectos como os do sentimento e do imaginário. Busca compreender o imprevisível, valorizando o casual, o banal, as apresentações incompletas da vida e as ações subjetivas dos sujeitos, nos seus ambientes relacionais. Essa abertura permite outra visão sobre as relações humanas. Sem dúvida, a sociologia investigativa contribui nas investigações acadêmicas.

4.7 Aspectos éticos

Neste estudo, foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o número CAAE 25856613.9.0000.0030, e conforme parecer de nº 652643, contidos no anexo. Foi também autorizada pelas Secretarias da Saúde dos Municípios estudados (Anexo E-CG, Anexo F-JP e Anexo G-VIT, respectivamente).

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre seu objetivo e metodologia em reunião essencialmente realizada para esclarecimentos e aceitação quanto à participação. Após esses esclarecimentos, aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo A). Logo em seguida, os participantes foram informados sobre os detalhes da pesquisa. O local e o horário, para a realização da coleta de dados, foram previamente agendados pela pesquisadora, pelas Secretarias Municipais de saúde e pelos participantes do segmento LGBT.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos contidos na Resolução nº 466/12, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Dentre outros aspectos, visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes do estudo, à comunidade científica e ao Estado. Reafirma, assim, os princípios da consideração e do reconhecimento da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano participante da pesquisa (BRASIL, 2012).

Toda pesquisa envolve alguma espécie de risco, de acordo com o item V da citada resolução nº 466/2012. Dessa forma, quanto maior for a probabilidade de ocorrência de riscos, maiores devem ser os cuidados para minimizá-los. Por se tratar de pesquisa direta com seres humanos, os danos se evidenciam na possível ocorrência de constrangimentos durante as entrevistas e oficinas. Mas isto não ocorreu na presente pesquisa, devido ao critério ético adotado antes e durante a realização das atividades. Em razão do que foi proposto nos seus objetivos, espera-se que este trabalho, através dos seus resultados, propicie alguma espécie de benefício à população LGBT e aos profissionais da atenção básica à saúde das três estações pesquisadas.

CAPÍTULO 5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

**“Liberdade, essa palavra
que o sonho humano alimenta,
que não há ninguém que explique
e ninguém que não entenda”.**

Cecília Meireles

Neste capítulo, são apresentados os resultados do estudo, cujo objetivo central é analisar a política nacional de atenção integral à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, nos municípios pesquisados, tendo como foco a garantia do direito à saúde e a expressão de justiça social na sua implantação. O estudo é composto por cinco dimensões:

- 1 - Invisibilidade do preconceito à população LGBT: estigma e discriminação.
- 2 - Igualdade das pessoas LGBT nas unidades de saúde: véu de obscuridade.
- 3 - Conhecimento e institucionalização da política nacional para a população LGBT
- 4 - Formação dos profissionais do Saúde da Família: responsabilização do outro.
- 5 - Atenção integral à população LGBT nas unidades de saúde da família: uma questão de direito.

Os resultados discutivos a seguir são produtos das entrevistas realizadas com profissionais das equipes do programa Saúde da Família: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. São também decorrentes de oficinas com lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais e travestis. Os discursos foram selecionados a partir das falas emitidas na maior parte das entrevistas e oficinas, constituindo, assim, os relatos construtores desta pesquisa. Não foram identificadas discrepâncias nos conteúdos produzidos pelos sujeitos da pesquisa, possibilitando, portanto, a conformação dos discursos coletivos, refletindo também o pensar e as práticas cotidianas destes indivíduos.

Para Foucault (1986), tudo está imerso em relações de poder e saber, que se imbricam, reciprocamente, a partir de relações históricas e práticas concretas. Nessa perspectiva, os tópicos, a seguir transcritos, são relevantes em seu conjunto, pois contribuem para compor a semântica dos discursos referentes à população LGBT. Condensam aspectos textuais das narrativas discursivas dos sujeitos, dispostos adiante.

1. Invisibilidade do preconceito à população LGBT: estigma e discriminação

Quando perguntados de que forma eles identificaram as pessoas LGBT, no momento do atendimento nas unidades básicas de saúde, os profissionais da saúde deram as seguintes respostas. A partir delas, é possível fazer a análise dos discursos das equipes de saúde:

Olha, esse que a gente faz acompanhamento. Ele é do sexo masculino, mas ele se porta como menina, se veste como menina. Então é mais pelo visual da pessoa que a gente vê, fazemos acompanhamento dela. (E)

Tem aqueles afeminados que são cheios de trejeitos. A maioria já vem transvertido. Teve um que veio de vestido longo (riso). Identificamos primeiro pelas características físicas e por ele mesmo dizer quando ele pertence a essa LGBT. Já aconteceu de chamar o paciente pelo nome masculino e chegar uma menina pra gente atender. Às vezes, acontece isso. (TE)

Alguns, pelo próprio jeito de falar, de andar. A gente vê nos trejeitos, no linguajar, uns se vestem de mulher mesmo sendo homem, ou se veste de homem mesmo sendo mulher. Falam abertamente, ainda mais que sou médica. (M)

Tem de todos os jeitos, tem desde os mais humildes aos que estão em melhor condição. Isso virou febre, isso virou moda. A pessoa nem é lésbica, mas "vai todo mundo, também vou". Está quase virando moda, mas não tem um perfil pra eles. Acho que tem em todas as classes, todos os jeitos. Atendemos eles arrumados, menos arrumados, dos mais favorecidos aos menos favorecidos. Em todas as áreas tem gays, tem travesti, tem de tudo. Mas eu não tenho dificuldade com eles, são seres humanos como nós. (ACS)

Identificam-se, nos discursos transcritos, vieses estigmatizantes e depreciativos, considerando os integrantes da população LGBT como pessoas que destoam do padrão heteronormativo aceito. Existem entendimentos segundo os

quais a condição de homossexual não passa de um modismo atual do tipo: “**vai todo mundo, também vou**”; “**são seres humanos como nós**”. Essa forma de entendimento evidencia uma generalização negativa do outro, pois desconsidera suas capacidades, estigmatizando-os. São tratados como se fossem desprovidos de aptidões. Goffman (2015) nos leva a entender melhor a questão do estigma vivenciado pelas pessoas LGBT, nas unidades de saúde, quando afirma que os indivíduos estigmatizados podem sofrer isolamento social.

O citado autor também faz uma relação entre a identificação da pessoa estigmatizada e o atributo depreciativo, negativo. De acordo com essa visão, deixa de ser um indivíduo comum, com características diversas, e passa a ser diminuído, desvalorizado, identificado pelo estigma. Para ele, culpas de caráter individual são impingidas às pessoas LGBT. Assim, o indivíduo passa a ser desacreditado, quando é conhecida sua orientação sexual. Por outro lado, alguns sujeitos LGBT não apresentam características que os distinguem conhecida, nem perceptível de imediato, ele o posiciona como uma pessoa desacreditável.

Quando identificados, os sujeitos LGBT são excluídos nas unidades de saúde. Quando atendidos, são tratados de forma desrespeitosa, em razão de suas diversidades e singularidades. Em consequência, são desmotivados a procurar esses serviços, levando-os a vivenciar situações de risco, em razão das difíceis condições de acesso, quando procuram obter uma atenção integral à saúde.

Os discursos a seguir demonstram, com clarividência, a invisibilidade dos sujeitos LGBT. Vários relatos são calcados no estigma e no preconceito vivenciados por esses usuários, quando procuram os serviços básicos de saúde. Goffman (2015, p.58) afirma que “é através de nossa visão que o estigma dos outros se torna evidente com maior frequência”. São discursos que demonstram situações de muita angústia e indignação:

Muitas vezes a pessoa está sofrendo discriminação em casa. Tenta ir para o SUS e lá é discriminado também. Aí se ele não se sente acolhido, em lugar nenhum, tá sozinho. Eu acho que a maioria da juventude LGBT passa por depressão, de não ser compreendido entre os amigos principalmente a família, de não ter ninguém pra conversar, nem os profissionais de saúde. (HG)

Quando você chega para o atendimento nos serviços de saúde, o olhar do médico ou da enfermeira é sempre um olhar crítico. A gente sente e é muito difícil passar por aquela situação, como se eu fosse invisível. Situações onde as pessoas não têm informação e insistem em não chamar a gente pelo nome social, por preconceito, desinformação. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha orientação sexual. Em todo serviço acontece isso, mas é mais recorrente na atenção básica, onde é forte o preconceito. Sempre dá problema com o nome social, todo mundo sabe sobre isso. Eu falei meu nome social e a recepcionista não quis colocar. Precisava disso? Quando a gente vai ser atendida as pessoas ficam olhando, constrangendo. Falam assim: é Maria ou João? Ué, chamou Maria e por que João entrou? A gente fica constrangida, é humilhante. Tem profissional que se estressa quando a gente chega. Quando vai chamar, já grita o nome masculino que é para todo mundo ouvir. Já começa por aí o problema. Ninguém quer saber de nada e atende como se não tivéssemos especificidades. (MT e T)

Tem um rapaz na unidade de saúde que faz comentários das pessoas, principalmente das meninas. Diz que elas são masculinas, que elas não têm cara de mulher, tantas coisas que a gente escuta, e se segura pra não ser grossa. Poxa, deveríamos ser bem tratadas na atenção básica, mas não. (LES)

Em relação a homens e mulheres trans, realmente existe discriminação. As meninas trans ainda são mais rechaçadas nos atendimentos, nos locais de uma forma geral, em casa, na família. Quando procuram a saúde, na escola, onde quer que seja, elas são muito mais discriminadas do que os homens trans. Precisa ter visibilidade pro pessoal da unidade saber o que realmente são os homens e as mulheres trans, as travestis. Que possamos chegar na unidade de saúde e sermos respeitados, que não fôssemos excluídos, invisíveis. (HT)

A discriminação e a invisibilidade da população LGBT fazem com que os sujeitos sofram com a exclusão da vida familiar e social, como também nos serviços

básicos de saúde. Essa exclusão ficou claramente desvelada nos discursos dos profissionais da saúde e das pessoas LGBT que relatam muita dor e sofrimento. Como se observa, existem barreiras atitudinais dificultando a interação social, nas unidades de saúde, entre os profissionais e os usuários LGBT. Essas barreiras estão expressas nos preconceitos e nas formas de considerar as pessoas LGBT, sempre de maneira jocosa e, por vezes, humilhante.

Há manifestações de deboche, provocando risos e ridicularizando as pessoas LGBT no atendimento das unidades de saúde. Embora esse comportamento, muitas vezes, não seja explícito, é observado na maneira de olhar, nos gestos e até na demonstração de “poder”. Isso acontece, por exemplo, quando alguns profissionais negam vagas para consulta, mesmo existindo e sendo possível o atendimento, conforme refere este relato:

No PSF, às 11 horas da manhã, o atendimento ia começar a 1 hora da tarde. Simplesmente, quando deu 4 horas da tarde, a mulher disse que não tinha ficha pra mim porque o meu caso não era de saúde, só por eu ser transexual. É revoltante passar por tantos constrangimentos. (HT)

Esse preconceito tem grande dimensão, quando se reflete sobre a população LGBT. O propósito é considerá-la diferente daquilo que se entende como racional, normal. O indivíduo estigmatizado é visto como algo fora do padrão da heteronormatividade instituída socialmente como normal e legítima. É justamente na ideia da diferença que se manifestam o preconceito e a discriminação, quando são identificados comportamentos ou gestos associados ao desvio da norma social, heterossexual.

Em 1991, Michael Warner, criou o termo “heteronormatividade”. A expressão é entendida como o resultado da edificação normativa de uma sociedade hétero. Assim, aqueles que se enquadram nas normalidades do binarismo sexual homem-mulher, masculino-feminino têm maior aceitação social (PETRY; MEYER, 2011). Butler (2005) alerta para o que acontece em um contexto de matriz heterossexual prescrita. Esse padrão não permite “desvios” das normas heterossexuais vigentes, em uma sociedade patriarcal dominante.

As manifestações relacionais estabelecidas entre os profissionais da saúde e a população LGBT são, claramente estigmatizadas. Dessa forma, são construídas barreiras que dificultam a inserção social dessas pessoas, provocando nelas emoções negativas e sofrimento. A população LGBT não se sente nada confortável em conviver no cotidiano dos serviços básicos de saúde. É vítima de violências, além de ser-lhe negados direitos e cidadania. O preconceito em relação à população LGBT foi observado na ação cotidiana dos profissionais nas unidades de saúde. São comportamentos que produziram efeitos danosos e constrangimentos na vida das pessoas LGBT.

O conceito de “invisibilidade social”, formulado por Honneth (2003), não envolve a invisibilidade física. Expressa-se na não consideração da existência do outro, em vários contextos sociais. O preconceito resulta na invisibilidade, no desprezo e no não reconhecimento de direitos. Nem sempre ele se apresenta de forma explícita, manifestando-se pelo olhar, pelas trocas de olhares, pelos risos de deboche. Manifesta-se também por fazer o (a) usuário (a) LGBT esperar mais que os outros usuários, pelas negativas da existência de vaga e, até mesmo, por se negar a conceder uma entrevista. Foi exatamente isso que aconteceu com um médico. Quando foi dito qual seria o tema da entrevista, ele se negou, com veemência, a participar. Houve, dessa forma, uma rejeição como afirmação do preconceito. Exemplos desse preconceito estão nos seguintes relatos:

Teve um rapaz que eu chamei pelo nome e veio uma menina. Eu fiquei um pouco sem graça, mas aí ela falou o nome social dela e foi tudo bem. O outro é um que normalmente a gente atende, ele tá sempre aqui na unidade. Se você for tranquilo com ele, ele é tranquilo com você. Se você mantiver a calma, vai tranquilo. (M)

Pouca conversa entre a equipe de saúde. Muitas demandas de doenças transmissíveis. Então, depois de muito tempo, vou falando com a doutora, é tudo difícil, pouco diálogo. (E)

Ficamos constrangidos no início, mas depois vai ficando tranquilo, tudo certo. É um paciente normal, igual a gente, como sempre se fala na enfermagem que paciente não tem sexo né então não tem isso. Então para nós é um paciente como outro qualquer. (TE)

É só tratar como outro paciente qualquer, sem fazer diferença. Atender normalmente como qualquer outra pessoa, sem nenhum problema vamos dar orientação para esse tipo de população. A relação da religiosidade também atrapalha. Eu vejo alguns colegas que ficam inibidos quando vão atender esse público aí, pela questão de religiosidade. E tem um certo preconceito, pois você escuta após um atendimento alguns comentários, piadinhas de menosprezo que só reforçam o preconceito, que já é grande. (ACS)

São evidentes as atitudes de não aceitação social das diferenças e da intolerância em relação à homossexualidade. Percebe-se que também as religiões tiveram e ainda têm uma grande participação nesse cenário excludente, pois defendem a união heterossexual e recriminam qualquer outra orientação sexual. O discurso a seguir deixa clara a questão:

Na unidade de saúde, eu já vi mulheres, principalmente, pacientes evangélicas. A enfermeira, ao me atender, tocou em mim. E aí, quando foi atender a paciente evangélica, ela não queria mais ser atendida, só porque a enfermeira tocou em mim. Parecia que eu ia passar alguma coisa ruim. Fiquei tão constrangida, que preferi não voltar mais na unidade, parecia nojo! (LES)

Quando nos deparamos com uma pessoa “estranha aos padrões”, podem surgir evidências de que ela tem um atributo que a torna diferente de outras. É o primeiro passo para discriminar essa pessoa. Ela pode, no caso em análise, “**constranger o profissional**” apenas com a sua presença. Mas, afinal, por que atitudes e condutas como estas aqui referidas não são consideradas preconceituosas pelos profissionais da saúde? As instituições são justas, quando seus profissionais agem de forma equânime e não fazem distinções entre as pessoas, nas atribuições de direitos e deveres.

Tais considerações estão em sintonia com os resultados apresentados no presente estudo. Nele estão demonstrados o preconceito e os rótulos direcionados à população LGBT, nos ambientes da atenção básica. Indicam também que os profissionais da saúde estão despreparados para esse cuidado. Sob essa

perspectiva, Heller (2000) assinala que as diferenças no jeito de ser e viver terminam sendo um terreno fértil para a prática de múltiplas modalidades de opressão. Questões relacionadas à raça, etnia, gênero, orientação sexual e outros aspectos compõem a agenda que, historicamente, está no alvo da intolerância e da não aceitação da diversidade. Portanto, é necessário pautar, no cotidiano dos profissionais, questões ligadas à sexualidade, ao modo correto de lidar com um “corpo diferente”, ao respeito com outras identidades e necessidades em saúde, por serem questões relevantes para a garantia de justiça social. A análise que segue permite um entendimento mais amplo sobre essa problemática.

2. Igualdade das pessoas LGBT nas unidades de saúde: véu de obscuridade

O discurso da igualdade aparece relacionado a uma forma de organização nas unidades de saúde da família. Essa igualdade orientaria a organização do conjunto de ofertas dos serviços básicos, a agenda de atividades e a prática de trabalho das equipes de saúde. Elas assumiriam uma conduta, aparentemente, cuidadora e inclusiva. Dessa forma, não haveria diferença entre as pessoas, já que todas são “**seres humanos**”. O discurso da suposta igualdade proferido pelos profissionais das equipes do programa Saúde da Família está presente em seus relatos. Afirmam que não há diferenças entre a população LGBT e as demais pessoas atendidas, alegando que “**todos são iguais**”, como se observa a seguir:

Toda a população que vem aqui a gente atende. Vemos pouca discriminação, tratamos igualmente, não tem diferença no atendimento que eu faço pra esse tipo de pessoa e no modo geral. É direito, né mesmo? A gente vê que tem muitas pessoas que não aceitam esse tipo de relacionamento, esse tipo de pessoa. Mas aqui na unidade eu não vi ainda nenhuma diferença, a gente se sente bem e eles se sentem bem com a gente. (ACS)

Acho que deve ser atendido igual à todo mundo. Porque a diferença deles é a escolha deles, mas são pessoas e são seres humanos, todos são iguais. (TE)

Humm... Não sei. Será que são de nossa responsabilidade esses pacientes assim? (E)

Que responsabilidade? A gente oferece tratamento igualitário pra todos. Não se deve ter julgamento, porque a maioria das pessoas, infelizmente ainda tem. Quando chega um gay ou travesti, todo mundo já fica de risadinha, principalmente homem, chama pra todo mundo ver. Então, acho que isso acaba inibindo os pacientes. Precisamos formar o profissional para não ter esse julgamento, e se tiver a gente tem que punir, e aqui não tem essa punição. Acho que tinha que ter por conta desses preconceito, porque às vezes isso inibe eles de vir, de continuar o tratamento. Tem esse julgamento quando eles chegam. Só de chegar, eles ficam inibidos e acabam indo embora. A responsabilidade nossa é tratar com igualdade todos, na fala é fácil falar mas na prática ainda é muito difícil. (M)

Merece atenção a pergunta do profissional: “**Que responsabilidade**”? Esse questionamento deixa implícito que ele não reconhece a responsabilidade (dever) de cuidar das pessoas LGBT. Sugere, assim, a ausência de vínculo e compromisso nas práticas das equipes de saúde com os usuários LGBT. Mesmo assim, fazem referência a “**ter direitos**”. Os discursos remetem à afirmativa de que existe igualdade no atendimento de todos os usuários, sem distinção nem diferença.

Essas afirmativas demonstram uma evidente contradição, quando se observa o conjunto dos discursos formulados pelas equipes de saúde. Observa-se também a ausência dessa população no cotidiano dos serviços básicos. Por outro lado, esses mesmos discursos deixam sem respostas muitas questões envolvendo as condições de saúde da população LGBT. A verdade é que alguns profissionais se omitem de prestar um cuidado de saúde integral e equânime, conforme preconizado na legislação que garante o direito à saúde a todos, indistintamente.

O discurso da igualdade parece ser usado para que o profissional não seja visto como preconceituoso. Ao fazer uso de um discurso politicamente correto, impede que o preconceito e as diferenças sejam percebidos. Em seu discurso correto e aceitável, afirma que não deve tratar nenhum usuário com diferença. A negação das desigualdades, nos elementos discursivos, faz com que as diferenças e as contradições existentes deixem de ser explicitadas, conforme atestam os seguintes relatos:

É um paciente igual a qualquer outro que precisa da unidade. Eles são como qualquer outro paciente. O atendimento tem que ser o mesmo e a gente pode dar esse suporte. Tem a questão do psicológico, que infelizmente eles sofrem muito com o preconceito, a chacota e, principalmente, com as doenças sexualmente transmissíveis, pois a gente sabe que é um grupo que é mais de risco. O que a gente pode fazer é acolher, na medida do possível. É igual a qualquer outro paciente. (E)

O atendimento deve ser igual, tanto pra eles quanto pra pessoa normal. É um paciente comum, igual a qualquer outro. Tratamos igualmente a todos. Todo mundo é igual perante o SUS, qualquer que seja o público. É atender bem, como qualquer outra pessoa normal. (ACS)

De acordo com as construções discursivas dos profissionais da saúde, a população LGBT é considerada como igual às outras pessoas, com os mesmos direitos. Em suas falas, não admitem tratá-la de maneira diferente. Com isso, conseguem escamotear o preconceito contra as pessoas LGBT nas unidades de saúde. Essa forma de preconceito acaba sendo a mais difícil de ser combatida, porque, declaradamente, ninguém é preconceituoso.

Embora afirmem que não existe preconceito e que todos são tratados de maneira igual, nas entrevistas, reconhecem os (as) usuários (as) LGBT como uma “**população de risco**”. Percebe-se que essa concepção de falsa igualdade está presente nas construções discursivas. Essa espécie de comportamento pode impactar na organização dos serviços de saúde para a população LGBT. Dessa forma, procuram isenta-se de suas responsabilidades, ao não observarem as singularidades dos indivíduos LGBT, quando são atendidos nas unidades de saúde. Esses usuários percebem essa falsa igualdade nos atendimentos das unidades de saúde, condenando tal postura, conforme demonstram os discursos a seguir:

Cadê a humanização e a igualdade dos atendimentos? A patologização da sexualidade é uma prática corrente nos serviços de saúde. Toda vez que você vai procurar a unidade de saúde, sendo gay, eles já pensam assim: "Se ele é gay, então ele tá procurando por causa disso e disso. Só vincula à promiscuidade. Ah! é gay! Então pode ter HIV e DST, como se só gay tivesse. Situações que convivemos nas unidades de saúde. Se fica explícito sua sexualidade, aí é que o diagnóstico já tá feito, nem olham pra você. Ao olhar, o diagnóstico já foi dado. É preciso os profissionais despir-se do preconceito. (HG)

Na atenção básica, entendemos que os profissionais não têm uma especialização pra atender a gente, não têm capacidade. Mas você chegar num ambulatório trans, você sendo atendido como um homem trans, e o cara que tá lá pra lhe atender lhe chamar de "ela"? Ou ficar fazendo piada com a aparência das meninas! Isso é absurdo. Onde está nosso direito, cadê o respeito? Eu fiz a denúncia no disque 100. O pessoal do espaço LGBT foi até o PSF, na época, e falaram sobre a agente de saúde que tinha me destrutado. Só que, quando reclama, cola os cartazes, pronto, ficou por isso mesmo. Com certeza outras pessoas trans foram lá e foram destrutadas. A orientação sexual do paciente influencia no atendimento em saúde. Mesmo assim, eu conto aos profissionais sobre minha orientação sexual. Mas eu nunca sou bem atendido no serviço de saúde. Tudo muito desigual, muito sofrimento. (HT)

A atenção que nós temos na unidade de saúde continua sendo de destrato. Será que eles não têm informação de como atender a população LGBT de forma humanizada? Por que atende diferente dos outros usuários? É questão de exclusão, preconceito enraizado, muita desigualdade lá na unidade de saúde. (MT e T)

Receber o paciente de forma exatamente igual deve ser independente de gênero, trejeitos, cor, com respeito e aceitar as pessoas LGBT, independente de como eles sejam. Acho que isso é algo que ainda é difícil porque ainda tem esse pré-julgamento, e ainda falam que tratam todo mundo igual. Nada disso existe nas unidades de saúde com a gente. (LES)

Quando se referem à organização dos serviços de saúde, os discursos expressam o não reconhecimento da diversidade da população LGBT e suas necessidades de atenção em saúde. Não reconhecendo as diferentes especificidades, negam claramente o direito à integralidade, que deveria ser um pressuposto norteador da teoria e das práticas de saúde nas unidades básicas. Os discursos das equipes de saúde tentam demonstrar que não existem diferenças no atendimento. Indicam, assim, que os profissionais da saúde, aparentemente, não atuam com preconceitos e discriminações. Essa é também uma forma de não inclusão das pessoas LGBT, por suporem que não existem diferenças entre elas e os demais usuários, conforme fica demonstrado no discurso a seguir:

Tratamos todo mundo igual, pra ser sincera, não vejo dificuldade. Não olhamos de forma pejorativa, olhamos como ser humano mesmo, como qualquer outro atendimento, nada específico. A gente não faz diferença entre um e outro, convivemos bem. A gente não tem nenhum problema nem dificuldades. O que é disponibilizado pra um é para todos, sem discriminação, sem distinção. O cardápio que oferecemos de consultas, exames, também encaminhamos. Temos preservativos, e oferecemos tratamento para as doenças sexualmente transmissíveis. Temos os testes rápidos. É só chegar aqui. (M)

As especificidades da população LGBT são invisíveis nos discursos, acentuando as invisibilidades das suas demandas pessoais, que se ocultam por trás do véu colorido da igualdade. É essa igualdade aparente que não permite que o acesso e a atenção integral sejam, de fato, garantidos para as pessoas LGBT, nos serviços básicos de saúde. É preciso sempre ressaltar que a integralidade da atenção continua a ser o grande desafio da gestão e da atenção para os usuários dos serviços básicos, no SUS.

As pessoas LGBT ainda se deparam com a impossibilidade de enfrentar as diferenças como dispositivo de inclusão. O discurso afirmando a oferta de um conjunto de ações desnuda a intencionalidade desse escamoteamento. Afirma-se que existem “**testes rápidos**” e que “**Ofertamos tratamento para infecções sexualmente transmissíveis**”. Faz-se também associação com **problemas mentais** e com a falta de cuidado e proteção por parte dos (as) usuárias (os) LGBT. É como

se houvesse uma rede de proteção prevendo o adoecimento dessas pessoas, vinculado à sua sexualidade. É nesse sentido que se nega a falta de atenção e cuidado. É o que se depreende nos discursos a seguir:

Tudo normal, como qualquer outro atendimento, não tem problema nenhum. Eu não tenho preconceito, eu acho que cada um escolhe o que quer ser. É igual a qualquer pessoa, doenças comuns iguais. Eu não lembro se já teve alguém que eu já tive de encaminhar pra um psicólogo. (M)

O tratamento tem que ser igual, não diferente! Poder conversar sobre tudo o que a gente tem na unidade e saber o que eles precisam e atender de forma tranquila, como a qualquer outra paciente. Atender sem fazer diferença, pois todos são iguais, seja homem, mulher ou homossexual. Não tenho visto nenhuma dificuldade para realizar o atendimento para eles, também temos disponível teste rápido para HIV. (E)

É perceptível e recorrente a utilização do discurso da igualdade, como forma de negar a falta de acesso e de atenção integral para a população LGBT. Ela tem suas demandas desconsideradas nesses serviços, uma vez que suas especificidades não encontram a devida atenção. Essa conduta inviabiliza a alcançar a atenção integral e a equidade, que deveriam nortear o enfrentamento das diferenças e desigualdades caracterizadoras da população LGBT.

A equidade não iguala todos os cidadãos e usuários do SUS em termos de atenção à saúde. Ela ressalta as diferenças, não para gerar preconceito e discriminação, mas para combatê-los. Conseqüentemente, não permite que iniquidades na atenção à saúde afastem os usuários do cuidado que desejam. O conceito de equidade contém, intrinsecamente, o princípio da diferença. Whitehead (1991) foi pioneira, ao propor que o termo “equidade” em saúde tem uma dimensão moral e ética. Afirma que as iniquidades em saúde criam diferenças desnecessárias e evitáveis, sendo, por isso, indesejáveis. Assim, a equidade em saúde equivaleria à prática da justiça no que se refere à situação de saúde. É um conceito que, no seu sentido mais amplo, confunde-se com o próprio significado de justiça.

No campo da saúde, a concepção de equidade tem sido objeto de amplo debate. Envolve várias dimensões e estimula a discussão sobre sua

operacionalização, seja na identificação dos determinantes das desigualdades em saúde, seja para a formulação de políticas a serem implementadas com vista à diminuição do impacto das diferenças sociais na saúde. Esse debate tem indicado que o termo “equidade” pressupõe as diferenças que podem ser evitáveis e, por isso, são consideradas injustas. Tomando-se por base as reflexões de Whitehead (1991), chega-se à conclusão de que iniquidades são injustas e indignas, por serem resultantes de sujeição social (discriminação, apartação, intolerância).

O diálogo sobre a equidade abre caminho para a percepção das diferenças, de modo a suscitar ações que corrijam essas desigualdades, alimentando o preconceito e a discriminação. A aplicação da equidade para a população LGBT começa com o conhecimento e o reconhecimento de suas necessidades e expectativas no cuidado em saúde. Depois, avança sob o olhar ampliado da integralidade e da determinação social, no processo saúde-doença-cuidado. Por outro lado, falar de desigualdades em saúde é olhar para o indivíduo como um todo. É considerar os elementos biológicos, sociais, culturais e históricos que permeiam sua composição e suas condições de vida e saúde em contextos situacionais. Esses fatores são resultantes de construções sociais, políticas e econômicas, priorizadas historicamente, produtoras de dominação e exclusão social. Heller (1998) reforça esse entendimento, quando faz referência aos conflitos que permeiam a igualdade e a desigualdade:

[...] ambas são criadas por normas e regras. As pessoas são feitas iguais, criando um grupo através de aplicação de determinado conjunto de normas e regras; alternativamente, as pessoas são feitas desiguais pela aplicação de diferentes normas e regras aos membros em outro agrupamento (HELLER, 1998, p. 34).

O termo “equidade” se apresenta no discurso reivindicatório dos movimentos LGBT, na sua luta por visibilidade e direitos. Ao exigirem o atendimento de suas demandas, nas unidades de saúde, conseguem intervir nas instituições e fomentar novos espaços de participação. Por conseguinte, conseguem ampliar a capacidade ética e política no âmbito do SUS. Nesse entendimento, não se deve avaliar a equidade apenas em relação ao acesso à utilização de serviços. É preciso também considerar as condições de vida das pessoas, como produtoras de processos envolvendo saúde e doença, conformando desigualdades sociais. Esse tipo de problema está expresso nos seguintes discursos:

Especificamente não se deu prioridades para essa população, não. Se as ações e serviços que são ofertados para a população LGBT aqui na unidade não têm nenhuma ação específica voltada para eles, a gente atende como a outra população sem ser como eles. A prioridade foi para o ciclo de vida e doenças: criança, idoso, gestante, hipertenso, diabetico. Não existe uma ação exclusiva para essas pessoas aí. (E)

Não tem nenhuma atividade específica, nenhum grupo específico e nenhum programa específico aqui na unidade para essa população. A não ser algumas ações educativas que são realizadas, nenhuma específica ao grupo. Quem chega na unidade da área de abrangência é atendido. (TE)

Ficar criando tratamentos específicos fica parecendo que está gerando um preconceito. Se diferenciar demais aquelas pessoas, fica parecendo preconceito. Acho que não deve ter essa diferenciação. Acho que eles têm que ser tratados igual a todo mundo. Cada um é do seu jeito que escolhe ser (M)

Ao admitir que não há ações específicas voltadas para a população LGBT na unidade de saúde da família onde atua, o profissional reafirma que não existe diferença no atendimento da população LGBT em relação às demais pessoas que procuram os serviços de saúde. Em sua ótica, como não há distinção, não há necessidade de desenvolver ações diferenciadas, ficando, assim, justificada a ausência dessas ações. Portanto, não existiria problema. Tudo estaria de acordo com as demandas e realidades de pessoas iguais, quando procuram atendimento nas unidades de saúde. Insinua ainda que uma possível concessão de privilégios para os LGBT ameaçaria a **“igualdade que eles já têm”** em relação aos outros usuários. Essa espécie de raciocínio nega qualquer especificidade na atenção às pessoas LGBT.

É preciso reconhecer que a população LGBT não só é diferente, nas suas especificidades, dos demais segmentos sociais, como também tem diferenças internas. Sem dúvida, existe uma diversidade nessa população. Cada um tem especificidades que precisam ser reconhecidas durante a atenção no SUS. O olhar diferente para essa diversidade sexual deve também ser direcionado às várias raças

e etnias, observando-se as condições socioeconômicas dessa população. É preciso atender para essas questões, de modo que as políticas sociais não projetem um usuário padrão LGBT, mas que acolham e respeitem toda a sua diversidade. Rawls (2016, p.5) afirma que os princípios de justiça social [...] “são um modo de atribuir direitos e deveres nas instituições básicas da sociedade e definem a distribuição apropriada dos benefícios e dos encargos da cooperação social”. Acrescenta (p.8) que o [...] “objeto principal da justiça é a estrutura básica da sociedade”.

A teoria de Rawls gera idealização, no momento de enfrentar os problemas observados, uma abstração calcada no seu conceito de véu da ignorância, ponto de partida, posição original. Mas, na verdade, o que caracteriza a justiça social é a adoção de um sistema de legítima organização da liberdade. É preciso combater esse abstracionismo que o autor traz para o debate e que revela nitidamente fora do contexto social que se tem de enfrentar. Deve-se, então, considerar que a luta por justiça social é a razão fundamental para a construção de redes de relações humanas e sociais. Essas redes incluem, entre outros aspectos, a garantia da equidade, a partir da disponibilidade de recursos para sua efetivação. Trata-se, no entanto, de um ideal distante, quando nos deparamos com as formas de organização econômica e social existentes em nosso país. Particularmente, os serviços de saúde estão longe de garantir direitos para os diversos segmentos integrantes da população LGBT.

Ao analisar essa importante questão, Sen (2010, p.209) assinala: “A realização da justiça social depende não só de formas institucionais (incluindo regras e regulamentações democráticas), mas também da prática efetiva”. Esse problema é visto, claramente, na pesquisa realizada por Prado e Sousa (2017). Elas afirmaram que a estratégia para a obtenção de uma saúde justa e igualitária deve adotar um caminho de luta pela não patologização de algo inerente à pessoa humana, que é a expressão de sua sexualidade. Com efeito, a determinação do gênero e a orientação sexual pelo binarismo biologicista são imposições da sociedade. Para combatê-las, deve ser adotada uma política que leve em consideração as várias expressividades da sexualidade humana.

Para tanto, é preciso eliminar conceitos como “homo” ou “hetero”; “mulher” ou “homem”. Ao contrário, deve-se levar em consideração o ser humano que se encontra revelado no corpo físico, que tem o direito de escolher o que deseja ser. Portanto, os serviços precisam estar abertos para as necessidades de saúde

decorrentes das diversidades. Afinal, a condição humana não é decorrência da sua origem biológica, mas resultado da construção da sua experiência. Ela é uma perspectiva ativa que atua no seu processo social de emancipação. Por esse motivo as iniquidades em saúde, para as pessoas LGBT, assumem uma dimensão ética e moral inaceitável, além de indicarem ausência completa do princípio da equidade. Numa perspectiva de ressignificação ético-moral, não há como pretender a redução de injustiças, sem se dar a devida atenção à equidade, enquanto dimensão essencial para essa reflexão.

3. Conhecimento e institucionalização da política nacional de saúde para a população LGBT

A política nacional de saúde para a população LGBT, adotada a partir de 1º de dezembro de 2011, foi construída como resultado da afirmação das necessidades de cuidado em saúde, considerando-se as especificidades desse segmento (BRASIL, 2011). Foi perguntado às equipes de saúde se conheciam a referida política e se era aplicada na unidade de saúde e no município. As respostas obtidas demonstram a fragilidade na aplicação efetiva dessa importante conquista de direitos da população LGBT, no contexto atual, mesmo com garantia legal. Como não é do conhecimento dos profissionais de saúde, torna-se impossível a sua implementação no cotidiano dos serviços básicos de saúde. O problema do acesso organizacional a essas políticas, enquanto práticas de inclusão social, apresenta-se a partir do desconhecimento de sua existência, conforme se observa nos discursos a seguir:

Como? Política? Não sei. Tem alguma coisa certa? Não conheço nada, nunca ouvi falar, não sei te dizer. (TE)

Eu sei que existe, mas eu não posso dizer que eu conheço, porque você vai me perguntar sobre essa política e eu não vou saber te responder. (E)

Não conhecemos nada, não recebemos essa qualificação, não vou falar sobre isso nem tenho informação (risos). Sei nada sobre isso. (ACS)

Não conheço nada sobre essa política, nem sabia que existia. Não me interessa muito por essa questão de política e de lei. (M)

O desconhecimento da política de atenção integral à saúde referente à população LGBT e reiterado por todos os profissionais entrevistados. Alguns afirmaram ter conhecimento da existência dessa política, no entanto demonstraram total desinformação quanto às suas diretrizes. Mesmo quem parecia conhecê-la, foi logo alegando: **“Eu não posso dizer que eu conheço porque você vai me perguntar e eu não vou saber te responder”**. Ou seja, não conhece.

Passados mais de seis anos da implantação da política nacional de saúde para a população LGBT, seus princípios e diretrizes seguem como uma pauta aberta. Esse fato sinaliza a urgente necessidade de desvelar o manto da igualdade no cotidiano dos serviços prestados pelas equipes de saúde, que dão a real dimensão da invisibilidade. Constata-se, portanto, que as normas legais e institucionais conquistadas e garantidoras dos direitos da população LGBT não são concretamente efetivadas no cotidiano dos serviços básicos de saúde, no tocante à atenção integral às pessoas LGBT, conforme atestam os discursos adiante transcritos:

Nunca ouvi falar sobre essa política nem na Unidade de Saúde nem no Município, desconhecemos. Não foi implantada, nada institucionalizado, nem se sabe qual é essa política, nem sei dizer, desconheço. (M)

Não saberíamos responder se está implantada no município, não ouvimos falar. Acredito que nem exista essa política. Não sei como que seria essa institucionalização. (TE)

Não tenho como dizer, já que não conhecemos. Nunca ninguém da Secretaria da Saúde conversou aqui na equipe sobre essa política. Não sabia nem que existia. Sem informação, fica difícil dizer algo. Por aqui ainda não chegou, nunca nem falaram sobre ela. (ACS)

Trata-se, portanto, de um paradoxo. Afinal, realizar uma negociação com o objetivo de obter visibilidade e direitos significou ocupar um espaço a partir da legislação protetora. Ainda assim, não existem garantias de que, na prática, os direitos da população LGBT serão reconhecidos. Foi perguntado aos profissionais

entrevistados se deveria haver uma política específica para as pessoas LGBT. As respostas obtidas foram negativas ou evasivas, quanto a essa possibilidade, sob a alegação de que seria preconceito em relação à população em geral. Novamente, fica evidente o discurso de que todos são iguais, não havendo razão para reconhecer diferenças ou especificidades entre os usuários da atenção básica. Na essência, há a negação da equidade, conforme se observa nos relatos a seguir:

Não deveria existir uma política diferenciada para LGBT, pois a população em geral precisa de tanta saúde quanto eles. (E)

Quanto mais fazemos essa separação, mais haverá discriminação. Essa população tem que estar integrada, porque quanto mais eu divido em grupos (ah! esse serviço é para o indígena, esse é para o negro, esse é para a população LGBT), fica mais clara a discriminação. A não ser que essa população encontre muita dificuldade de se integrar nas unidades. (TE)

Acho que não precisa dessa diferenciação não. Todo mundo tem que ser tratado igual. Os mesmos cuidados que ela deve ter com a parceira dela, eu tenho que ter com o meu parceiro. Só vai mudar a situação, mas o cuidado tem que ser o mesmo. Tenho que me prevenir do mesmo jeito, tenho que me cuidar do mesmo jeito, da mesma forma. Então, faz para todo mundo. São pessoas como outras quaisquer. Eles têm problema como outra pessoa qualquer. Uma grande parte sofre violência, entendeu? (ACS)

Eu acho que não deve ter política específica. Por que tem que ter uma política integral só pra essa população? Então, tá discriminado. Eu acho que não devia. (M)

Por outro lado, identificam-se posições positivas em relação à necessidade de uma política específica para as pessoas LGBT, conforme os discursos a seguir. Mesmo desconhecendo essa nova política, reconhecem sua importância, como forma de superar a discriminação. Demonstram, assim, conhecimento da existência de preconceito como fator de afastamento das pessoas LGBT das unidades de saúde e da não efetividade de seus direitos.

Não conheço, mas uma política voltada pra eles, eu acho que eles vão se sentir mais seguros, por causa da discriminação a essa população. (TE)

Deveria sim ter uma política específica para a população LGBT. O problema todo da gente é ter repressão e muito preconceito. São pessoas normais, digamos assim. É interessante ter uma política, para sensibilizar e orientar mais o profissional. (M)

A política nacional de saúde integral para população LGBT é considerada um marco no reconhecimento das demandas desse segmento social. É um importante documento norteador de direitos, ao evidenciar as especificidades dessas pessoas, em conformidade com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do SUS. São documentos que reconhecem e legitimam as diferenças no que diz respeito ao cuidado em saúde da população LGBT. Cita-se como exemplo o tratamento hormonal para pessoas transexuais, que necessitam de uma atenção integral. Porém, não há evidência de sua implementação no cotidiano dos sujeitos LGBT.

Em seus discursos, as pessoas LGBT demonstram ter conhecimento da legislação e dos direitos conquistados. Mas reconhecem que não é suficiente apenas a existência da legislação para sua implementação no cotidiano dos serviços e práticas profissionais. É o que se observa nos relatos a seguir:

Eu fui me empoderando, tomando ciência dos meus direitos, do que a gente tinha enquanto lei e tal. Eu comecei a andar com toda a papelada: portaria, resolução, tudo o que eu tinha. Eu andava com isso debaixo do braço, que era para, em uma hora de uma negativa dessa, tá com toda essa documentação para provar. É muito chato você estar o tempo todo brigando pelo seu direito, não há reconhecimento. Eu busco como uma forma de conforto, para que eu possa lidar com o dia a dia e toda essa ausência de direitos na prática. Encontrar em uma profissional a negativa do nome social, da identidade de gênero. E tudo tá na carta do SUS, mas que na prática não existe. É preciso uma luta conjunta, não só entre o movimento e os profissionais de saúde, mas de toda comunidade. Está faltando muito essa luta (HT)

Tem uma lei que não repercute na prática. É mesmo que não ter. Não é disseminada essa informação dessa lei, sabe? Nessa fase inicial em que você procurou essa profissional de saúde. Vamos pensar assim na saúde como um todo. Saúde integral. E você precisava de ajuda, mas essa pessoa não foi capaz de te ajudar. Você deixou claro isso. E você sai perdido da consulta. Procurou a ajuda e a ajuda não foi eficiente. E aí o que você fez, qual foi sua estratégia para superar isso? (HG)

Às vezes, quando a gente chega na unidade de saúde, a gente vai questionar. Acaba ficando nervosa ou alguma coisa assim. Eles já falam logo: “é barraqueira”, A gente já é tachada como barraqueira, entendeu? A gente luta, pelo nosso direito e eu não falo baixo mesmo. Às vezes, a gente fica nervosa, tá passando mal. Você é tachada graças á discriminação. (MT e T)

Heller (2000) enfatiza que a vida cotidiana é aquela de todos os indivíduos. Não está fora da história, mas no centro do acontecer histórico. Assim, o agir humano, suas atitudes relacionais, no cotidiano, constituem o início de qualquer práxis. Em consequência, não se pode compreender o desenvolvimento histórico e econômico da sociedade, sem levar em consideração a heterogeneidade das ações e reações humanas na sua vivência diária.

Com esse entendimento, não se pode deixar de ressaltar que as políticas públicas não são implementadas somente pelo Estado, mas também por vários segmentos civis da sociedade. Elas viabilizam a equidade, quando se voltam para grupos notoriamente discriminados, desiguais. Assim, a necessidade de refletir sobre políticas públicas nasce, inicialmente, da constatação de sua importância na sociedade. Essa reflexão é necessária, em razão de sua contribuição para a constituição das identidades e direitos, especialmente, para as pessoas LGBT, de modo que não se tornem, apenas, discursos midiáticos.

Segundo esclarece Souza (2003, p. 13), a formulação de políticas públicas deve ser compreendida como o processo por meio do qual "os governos traduzem seus propósitos em programas e ações, que produzirão resultados ou as mudanças desejadas no mundo real". Devem gerar impactos no curto prazo, tendo, todavia, como horizonte primordial o longo prazo. Cabe destacar, então, que as políticas

públicas se estabelecem a partir do diálogo e da interação entre sua formulação e sua real efetivação.

A despeito das vitórias conquistadas, até o momento, convive-se no contexto de uma sociedade desigual. Em seu estudo, Freire da Silva et al. (2017) afirmam que é necessário conhecer o histórico de como os diferentes saberes e práticas de saúde se firmaram no Brasil. É preciso, portanto, trazer à tona questões que estão adormecidas, provocando distanciamento da população LGBT aos serviços de saúde, fato evidenciado no presente trabalho. A partir da solidificação dessas políticas, processos avaliativos deverão ser aprimorados para que possam garantir o avanço da atenção à saúde, no contexto do cuidado e na efetivação dos direitos, considerando-se, sobretudo, a diversidade sexual e a identidade de gênero. Sen (2001, p.50) lembra que “os seres humanos diferem uns dos outros de muitos modos distintos”, caracterizando os diversos espaços da sua existência.

Na cotidianidade dos serviços básicos de saúde, a referida política ainda não se efetivou. Não existe sua institucionalização nas práticas e ações cotidianas das USF integrantes da rede municipal dos municípios estudados. Não se observaram demonstração de conhecimento e mudanças de práticas por parte das equipes. Assim, os objetivos dessa política ainda estão longe de ser efetivados. Esse problema ficou explicitado nos discursos das pessoas LGBT, mesmo reconhecendo que houve ganhos resultantes dessa política. Mas também houve demonstração de desconhecimento, visto que nenhum discurso fez referência acerca da efetivação dessa política pública. Segundo lembra Bobbio (1992, p. 5), os direitos do indivíduo, "por mais fundamentais que sejam, são direitos históricos, ou seja, nascidos em circunstâncias caracterizadas por lutas em defesa de novas liberdades contra velhos poderes, e nascidos de modo gradual, não todos de uma vez e nem de uma vez por todas". Portanto, os direitos são sempre resultantes de experiências e lutas por reconhecimento das condições que afirmam a dignidade do ser humano em construção. Diante disso, os movimentos sociais não podem abrir mão das lutas pela garantia do que foi conquistado e avançar por mais direitos, por mais liberdade, por mais solidariedade e por mais democracia.

4. Formação dos profissionais de “saúde da família”: responsabilização do outro.

Embora as instituições de ensino, de onde os profissionais da saúde são oriundos, sejam distintas, nos três municípios estudados, observa-se similaridade na construção dos discursos desses profissionais. Identifica-se, nos relatos, a mesma ausência de conteúdos sobre sexualidade e especificidades relacionadas à população LGBT, durante sua formação universitária. O mesmo acontece na formação técnica dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Não houve nenhum discurso que demonstrasse apropriação desses conteúdos na formação, tanto por parte dos profissionais formados há bastante tempo como daqueles recém-formados. Nenhum deles recebeu orientação sobre a temática.

Conforme registro dos discursos, a ausência desses conteúdos, em suas formações, contribuiu para limitar as atuações dos profissionais no adequado atendimento à população LGBT, no seu cotidiano de trabalho. Essa lacuna fragiliza o vínculo e o acesso prestado às pessoas LGBT. Em suas falas, registram que, quando receberam conteúdos relacionados à população LGBT, tratou-se de uma abordagem alusiva às doenças sexualmente transmissíveis. Essa informação reforça o discurso médico-científico acerca da homossexualidade, identificada como transtorno ou como causadora de transtornos.

Assim, poder e saber se interconectam, podendo gerar outras produções. O poder que o discurso científico exerce sobre os conteúdos abordados é gerador de práticas não inclusivas e destituídas de integralidade. Em consequência, o estigma aflora fortemente dos conteúdos abordados, quando esses profissionais se referem às necessidades e especificidades da população LGBT. Essa construção social tem como matriz as agências formadoras.

Pode-se, então, inferir que, se o saber apreendido sobre as necessidades em saúde da população LGBT é limitado, consequentemente, as práticas desenvolvidas nos serviços básicos de saúde, também, estão comprometidas. Talvez, deva ser mais confortável permanecer na “ignorância”, pois assim é possível justificar a invisibilidade da população LGBT nos serviços oferecidos nas unidades de saúde. Convém salientar que não se verifica uma postura individual de disponibilidade desses profissionais em facilitar o vínculo com as pessoas LGBT. Assim, de nada vai adiantar a produção de conhecimento, pois não vão resultar em mudança nas práticas de atenção à saúde desses usuários.

Os discursos, a seguir, deixam evidenciada a necessidade de ressignificação dos processos formativos dos profissionais da saúde na graduação e também na formação técnica de agentes comunitários de saúde e dos técnicos de enfermagem. Esses profissionais são fundamentais para o processo de remodelagem das práticas em saúde. São justamente as relações sociais produzidas no cotidiano entre profissionais de saúde e usuários LGBT, que se efetivam nesse processo, conforme os discursos seguintes:

Não, nunca nem se falou, na graduação. Não tivemos nada sobre isso. No meu cotidiano, sempre tenho dito que é importante que as equipes tenham capacitação, para atender as pessoas lésbicas, os homossexuais. Os profissionais da atenção básica não estão preparados sobre essas questões. (E)

No curso técnico não tivemos. Só palestras sobre tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. (TE)

Na graduação tínhamos conteúdos curativos, conteúdo sobre as DST e AIDS. É isso que a gente tem na Universidade. Não tenho embasamento pra te falar sobre isso não. (M)

Tais discursos confirmam o estudo feito por Costa e Coelho (2011) sobre enfermagem e sexualidade. Afirmam os autores que a formação da enfermagem, no Brasil, norteia-se pelo modelo biomédico centrado em procedimentos técnicos limitados ao corpo biológico, sem priorizar a diversidade humana. Apesar disso, identificam um movimento, embora tênue, de mudanças desse enfoque nos processos formativos. O desconhecimento e o desinteresse dos profissionais da saúde são sentidos pelas pessoas LGBT, quando procuram os serviços básicos de saúde, ao se depararem com situações de despreparo, conforme relatos a seguir:

Precisamos de profissionais humanizados, que busquem realmente atender as demandas dos pacientes, sem questionar sobre a sexualidade ou sobre parceiros sexuais. A formação dos profissionais deve ter conteúdos relacionados à LGBT como respeito à homoafetividade e os cuidados com as pessoas trans. Devia ter profissionais que interajam com nossas demandas. (HG)

Os serviços de saúde e os profissionais não estão preparados e reconhecem essa carência na formação. Acho que a grande maioria nunca teve nada desse conteúdo na formação e nem atualização sobre violência, preconceito relacionada a gênero. Eles não conhecem a população LGBT. A letra T, especificamente, é um tabu. Se chegar uma mulher lésbica no consultório ginecológico, vão tratar de um jeito, mas se chegar um homem trans, porque o homem trans precisa sim ir pra um ginecologista, não vão tratar do mesmo jeito; e as mulheres trans também no urologista, você não pode tratar assim, entendeu? Essa demanda está colocada e precisa está na formação dos profissionais de saúde. Os profissionais também sentem essa deficiência, eles sabem que precisam. Os profissionais são muito despreparados. Deveriam procurar umas pessoas LGBT e capacitar essas pessoas. Em seis meses, essas pessoas terão visitado todas as unidades básicas de saúde, feito oficina com esses profissionais. Inclusive, seria mais fácil para as pessoas LGBT fazerem as oficinas e expor o que deve ser feito do que outras pessoas que estão alheias e tentando se encontrar pra poder fazer um serviço. Uma vez, cheguei a uma médica e falei: realmente é a minha orientação que você quer saber? Ou é minha identidade de gênero? Ela não sabia a diferença entre orientação sexual e identidade de gênero. Então o problema não é a população LGBT em si, são os profissionais. (HT)

Eu não troco meus 15 anos de militância, de conhecimento de rua, de prostituição por nenhum canudinho. Não sou contra a academia, mas esses cursos de saúde têm que trabalhar mais a parte da pessoa, botarem pessoas dos movimentos sociais para debater. Não só fazer pesquisas que nos tratem como estatística. E a saúde, os serviços de saúde? A educação? A segurança pública? Tudo vai de mal a pior. Tudo, em relação aos direitos sociais e humanos, está retrocedendo. Muitas de nós já não queremos participar de pesquisas, porque não vemos fundamento nisso. Participa da pesquisa, fala, faz, e o que a gente vê dessa pesquisa? (MT e T)

Precisa ter profissionais com conhecimento para atender as pessoas Trans, pois tem uma demanda específica de saúde. A gente precisa de um médico para nos ajudar a orientar como a gente deve usar o hormônio de forma correta, mas não temos isso. O que acontece é que a gente vai na farmácia e compra o hormônio, não precisa de receita. Eu já quase morri. Porque eu não sabia, aí tomava hormônio, toda semana, e o sangue já tava brotando, Tive que parar, passei um ano tirando hormônio do meu sangue. Depois eu paguei, sem condições, um médico. A gente quer ficar bonita, né? Aí começa tudo de novo, só que agora a gente vai fazendo com orientação. Mas a maioria dos trans não tem condição de ir no médico e pagar por conta própria. E aí vai se matando, você vai ficando fraco, vai criando problemas, e aí só Jesus. Seria melhor ter atendimento especializado, fora da unidade básica de saúde. Se for na unidade, quem me garante que ele vai estar capacitado para isso? Por exemplo, um endocrinologista a gente vai, e ele não sabe qual é o hormônio que vai passar para gente. A gente vai no médico, a gente vai na unidade de saúde como eu já fui. Eles encaminham, mandam a gente para um serviço especializado, e aí como faz? Na unidade não estão preparados. Mas, mesmo assim, eu penso: a gente tem que tá lá nas unidades de saúde. A especialidade no caso do processo transexualizador, aí sim encaminha. (MT e T)

O médico não tinha conhecimento e tive que ensinar o que é “PEP sexual”. Tive que ensinar que os postos de saúde do SUS já são obrigados a passar. Aí ele entrou ficou cinquenta minutos e voltou com uma sacolinha. O rapaz da farmácia perguntou: ué? Ele te deu e te liberou assim? Ele devia ter te levado até a aplicação de injeção, lugar reservado, o rapaz falou que esse médico é louco, Eles não estão preparados. Defendo com unhas e dentes que mantenham o serviço especializado, porque se for para as unidades básicas, que não respeitam nada. Imagina uma pessoa com HIV positivo chegar em um lugar desse? Por causa do constrangimento, isso é uma questão, para a pauta LGBT, os profissionais são muito despreparados, desqualificados. (MT e T)

Muitas mulheres, como eu, que se veste masculina, acho que 90% delas, não vai no ginecologista por causa desse preconceito. Abrir as pernas para o médico homem, mesmo se for uma médica, não é fácil, não tem menor capacidade para lidar com as nossas necessidades. Eu só vou porque eu tô vendo a minha saúde. Quando se trabalha com seres humanos, lidamos com a diversidade. E nos serviços, os profissionais de saúde, não têm esse entendimento. As pessoas se fecham numa caixinha, que eu vou fazer da forma que eu acho. Quando eu fiz estágio no centro de saúde, eu reparava muito isso. Cansei de ver briga entre os atendentes, gritando com outra pessoa que tava tranquila. Total despreparo e sem respeito. “Eu quero fazer uma consulta no SUS”, -Não, pois já são 11h30 e tenho que almoçar pra voltar 14h”, “Mas eu trabalho! “Ah! o problema é teu”. Os profissionais não são as melhores pessoas para cuidar da minha saúde. E os serviços de saúde não estão preparados para atender, nem a mim nem a ninguém. (LES)

A primeira coisa que precisa ver seria a formação do profissional de saúde, investimentos em formação. Você percebe essa carência de todas aquelas pessoas, dos médicos à recepção, para respeitarem. No caso das pessoas que não têm o nome de registro adequado ao seu gênero, as pessoas que só usam o nome social, assim como eu, que ainda tô em processo, aí é que eles realmente chamam, no meu caso, de “ela” para constranger. E o pior é que eu não tenho condições. Eu tenho só o SUS, a carteira do SUS que tem meu nome social, que é lei, né? Mas, mesmo assim, eles não usam, mesmo estando ali, na carteira do SUS tem o nome de registro e embaixo tem o nome social. Mesmo estando ali, não respeitam. Nas unidades é complicado, porque, como várias pessoas não sabem o que é um homem trans, ou no caso das mulheres, uma mulher trans, fica complicado. Eles não têm a capacidade de tratar da gente, como você deve ser tratado, como merece. O cuidado com a gente é inexistente, muito complicado, sem o mínimo de respeito por você. (HT)

Fazem também referências ao poder dos médicos e às práticas por eles utilizadas nos procedimentos que precisam enfrentar, quando procuram as unidades de saúde. São posturas que criam onda no interior da equipe de saúde. Os relatos a seguir são indicativo desse abuso:

Tem alguns profissionais médicos que de cara, na primeira consulta, já querem ver os nossos corpos. E aí não têm o menor cuidado nesse atendimento. E também há alguns questionamentos de curiosidade. Então, o profissional tem aquela curiosidade e passa a fazer perguntas. Quando você está diante de um médico, é uma situação em que você está submetido àquele profissional. Há uma hierarquia muito grande ali. Então, você se sente pressionado a responder tudo que o médico perguntar. E, às vezes, eles usam esses espaços pra satisfazer suas curiosidades com coisas que não têm nada a ver com o atendimento. Então, pra que essa prática? Ela não serve para atender as nossas necessidades. (HT)

E o médico, lá na unidade, só começa a atender às 10h da manhã e uma vez na semana, entendeu? Só o médico pode fazer isso. É bem no meio da manhã. É uma manhã inteira que você vai perder. Como fica seu trabalho? (LES)

Os olhares, são constantes quando estamos na unidade de saúde. Faço de tudo para evitar. Em alguns espaços do SUS, a gente chega e tem alunos. O médico pergunta se tem algum problema, na frente de todos os alunos. Aí, dependendo do seu posicionamento, fica bem tenso. Aplicam a obrigatoriedade para você expor a sua vida ali diante de todas aquelas pessoas. Acho muito complicado essa imposição médica. (MT e T)

O discurso a seguir traz argumentos contundentes acerca dos determinantes sociopolíticos que incidem no processo saúde-doença-cuidado, em relação às pessoas LGBT, demonstrando compreensão e visão ampliada:

Acho que é importante para a população que os profissionais devam parar de pensar em saúde como ausência de doença, só como serviço médico. Enxergar o serviço de saúde como um local de tratar doença. Então, eu tô doente, eu preciso procurar um médico. É preciso que seja visto a questão da qualidade, da atenção, das condições de vida das pessoas. O preconceito que enfrentamos, é o que faz a pessoa adoecer, torna e a pessoa doente. Precisamos acabar com os atendimentos para determinados gêneros baseados em órgãos genitais. Só aumenta o preconceito. (MT e T)

Por outro lado, o conceito de saúde, que subsidia as práticas profissionais observadas no cotidiano das unidades de saúde, fornece significados para a compreensão do processo saúde-doença, demonstrando que as práticas utilizadas são fragmentadas. Isso confirma a cadeia normativa e disciplinar das ciências da saúde, como práticas dominantes, na organização do processo de trabalho nas unidades de saúde. É preciso lembrar que o discurso médico, desde século XIX, tem se empenhado em padronizar a heteronormatividade e o binarismo dela decorrente. Busca normalizar “as condutas sexuais e as expressões da masculinidade e feminilidade em parâmetros de saúde/normalidade e doença/anormalidade” (LIONÇO, 2009 p.48).

Pode-se inferir, assim, que as atuais práticas exercidas por esses profissionais da atenção básica reproduzem o conhecimento recebido, numa lógica de poder que obtiveram junto às agências formadoras. Tudo isso é fruto das capacitações recebidas, durante seu constructo de formação teórica, conforme reconhecem em seus relatos:

Nunca tive capacitação pela Secretaria Municipal sobre essa população, estou na rede há seis anos. De vez em quando, deixam uns cartazes aqui, falando de inclusão. Mas eu nem olho direito. Seria bom ter capacitação para lidar com as diferenças, abordagem sobre o preconceito. Seria importante para o meu trabalho. (TE)

Nunca foi ofertada pela secretaria de saúde nenhuma capacitação. Quando tem, só falam sobre tratamento das DST, AIDS, teste rápido de HIV e sífilis, como tratar a população de risco. (E)

Na formação de ACS, não tivemos nenhum conteúdo sobre esse público. Quando vão tratar do uso de álcool e drogas, ou DST, mostram a forma de você conduzir uma conversa, de trazê-los para a unidade, de convencê-los a fazer o exame de sorologia. Mas, às vezes, não querem fazer por causa do medo, pois têm múltiplos parceiros. Nas nossas visitas, identificamos, profissionais do sexo. Então, sempre estamos levando informação. Perguntamos na visita se estão usando preservativo, se estão se cuidando. O pouco conhecimento que temos levamos para eles. Daí, pedem para ir na unidade para fazer os testes rápidos que existem lá. Nunca pela Secretaria Municipal de Saúde, com foco nesse tema, não. Geralmente, como temos acesso à internet. Tiro as dúvidas com as meninas da minha equipe, com a enfermeira. Muita deficiência sobre isso. (ACS)

Não tive capacitação sobre o tema LGBT pelo Município. A gente tem capacitação para as doenças de transmissão sexual. Apresentam essa população como de risco. Ensinam como realizar o manejo, entendeu? Você me pegou de surpresa hoje. (M)

De uma maneira ou de outra, os profissionais culpabilizam os (as) usuários (as) LGBT por negligência, ao não priorizarem o cuidado com sua saúde, numa clara concepção de destituição da autonomia do sujeito. Dessa forma, tentam isentar-se de responsabilidade, numa postura corporativa, que se manifesta na omissão, quando não fazem a necessária atenção aos usuários LGBT. Esses argumentos devem ser levados em consideração, como forma de criticar a omissão dos órgãos formadores e do sistema de saúde. O conteúdo discursivo configura um conjunto de atitudes passivas. As práticas adotadas nas unidades de saúde e no SUS demonstram negligências na atenção às pessoas LGBT. Há, também, nesse caso, uma tentativa de responsabilização do outro. É o que revela o discurso a seguir:

A gente poderia ter capacitação para melhorar o nosso atendimento a essa população. Mas eu me vejo um pouco despreparada nesse sentido. Também, eles vêm pouco aqui na unidade. (E)

Assim, como a culpa está no outro, justifica-se a não realização de ações específicas para as pessoas LGBT, conforme os discursos seguintes:

É necessário primeiro capacitar toda a equipe. Têm que treinar os profissionais, porque a gente não tem informação, e abrir mais um pouco o leque. A gente vê outras realidades, e vê onde estamos errando, para trazermos esse povo para dentro da unidade, para eles estarem cuidando mais de si e ouvir mais eles, quais as necessidades. Desconheço qualquer serviço na rede do município para essa população, Não é divulgado nem na igreja, porque lá eu não escuto falar muito não. (ACS)

LGBT? É até difícil falar em LGBT, sinceramente, tenho pouca experiência nisso. Eu acho que veio no máximo dois ou três casos até agora para mim. Acredito que precisamos de maior capacidade para esses atendimentos. Não me sinto preparada, nunca tive nada na minha formação nem capacitação depois de formada. (E)

A gente não tem nenhuma ação propriamente pra esse grupo. É para a população em geral: saúde do trabalhador, saúde do idoso, da criança, do adolescente, mas, propriamente pra esse grupo não. Não me sinto preparada. Desconhecemos se existem capacitações na rede. Ouvimos dizer que eles estão fazendo cursos para preparar os profissionais de saúde pra esse tipo de atendimento. Se é que tem que haver uma diferenciação, porque pra mim é a mesma coisa. Isso é uma coisa natural. Não me interessei, não faço diferenciação. (M)

As questões aqui analisadas devem ser levadas em consideração para que se possa prevenir o cometimento dessas falhas e identificar possíveis responsáveis pela negligência nos cuidados à população LGBT, nos serviços de saúde. Servem também para demonstrar a necessidade de qualificar a atenção e o acesso das pessoas LGBT às unidades. Não se pretende, simplesmente, apontar culpados,

transferir responsabilidades para os outros, para o serviço, para a Secretaria de Saúde, como se os profissionais não tivessem capacidade e sensibilidade para saírem da zona de conforto que a ignorância lhes proporciona.

A atitude em apontar culpados é mais fácil do que assumir o compromisso de ser um profissional engajado, capaz de superar essas fragilidades. Observa-se um distanciamento em relação às pessoas LGBT, no que concerne ao cuidado integral em saúde que elas demandam e têm direito. Os discursos abaixo não deixam dúvida quanto a essa dura realidade:

Eu acho que a gente ainda tem muito chão pela frente, pois as portas não se abrem para nós, espontaneamente. A gente é que tem que arrebentar e ir em frente, ser desafortados e desafortadas e buscar sempre nossos direitos que teoricamente já era pra ser uma coisa simples. Eu sinto que a maior parte das coisas que foram ditas nessa roda de conversa é que tudo se resolveria com um simples respeito. Já tem uma portaria que garante o nome social. Você não teria esse problema se a pessoa soubesse respeitar a questão do seu gênero e do seu nome social, acabou. E as outras coisas que são mais complexas, especificidades que tem relação à saúde das mulheres transexuais ou travestis, ou os homens trans também. Mas, no caso aqui dessa oficina das meninas, essa questão da harmonização, das cirurgias que são pouco mais específicas que também tá deixando a desejar no Brasil inteiro. São sete ambulatórios abertos no Brasil inteiro. Então, a gente tem uma população desassistida em relação a isso, e vai e luta, para tentar ter um lugar que atenda. O ideal seria chegar em qualquer posto de saúde dizer “Eu quero uma atenção ou acompanhamento com o endócrino”. “Tudo bem, eu te acompanho”. Seria perfeito. Mas se não há, o que se pode fazer, com que a gente pode se organizar? (MT e T)

Nos serviços, a falta de conhecimento do nome social é gritante. É um direito, mas, quando você chega no serviço, já é difícil você chegar. Quando você chega, o profissional não sabe da existência do nome social; o profissional insiste em lhe

chamar pelo nome do registro; em lhe visibilizar numa situação que não é confortável para você. Então a gente acaba usando de estratégias. Se você está buscando um ginecologista, então a gente não vai só, a gente leva uma amiga, uma parceira, para que na hora que aquele atendente chamar pelo nome do registro levanta-se duas pessoas, uma figura feminina. E aí as pessoas pensam que a consulta é para ela e não para ele. (HT)

Esses discursos expressam a intencionalidade das práticas e as lutas realizadas por cidadania, trazendo o direito imbricado nas pautas de reivindicações. Os processos desenvolvidos, especialmente na área dos direitos humanos referentes à saúde, passam por essa organização de estratégias de lutas por visibilidade e garantias desses direitos, numa perspectiva por justiça social.

Fica evidente também, no conteúdo dos discursos, a ausência de prioridade da gestão municipal em relação à implantação da política garantidora de direitos para a população LGBT. Essa carência foi verificada no cotidiano das unidades de saúde e na rede de atenção municipal das três estações estudadas. Tal omissão reflete-se também na fragilidade dos processos de qualificação das equipes de atenção básica, conforme relatos dos profissionais e das pessoas LGBT, nos discursos produzidos para este estudo:

As ações não são realizadas para esse grupo. Está faltando capacitação para os profissionais. Às vezes, tem demandas, que, mesmo a pessoa tendo interesse em ajudar o outro, falta capacitação técnica pra conduzir melhor aquela situação. Nem ensinaram na faculdade nem a gestão não me oferece capacitação. É necessário para termos um olhar mais amplo, mais conhecimento, para beneficiar melhor eles. (M)

A prefeitura quer que a gente faça um serviço diferenciado a essa população, mas eles nem dão meios, nem a população também. Ela se manifesta quanto a querer os seus direitos. Direitos que não só eles têm, mas que toda a população tem. Então, eles são iguais a qualquer um, o que é prestado para outras populações é prestado pra eles, igual a todos. (E)

Não vou usar a palavra capacitação, porque eu não gosto de usar. Eu uso a palavra informação. A gente tem que dar uma formação mesmo para esses profissionais. Mas a gente que eu falo é nós, LGBT, falando com os profissionais de saúde, não é alguém que tem faculdade. Chega lá pro médico e fala que tem que ser assim, assado, não. É a sociedade civil mesmo chegar lá e o serviço de saúde se aproximar mais da gente, entendeu? A gente quer saber como é o atendimento, como é que vamos construir isso junto, entendeu? É assim que tem ser. (MT e T)

Portanto, mudar a lógica fragmentada e biologista do processo formador é fundamental para as transformações do processo de trabalho nas unidades de saúde. É preciso lutar para a construção de práticas integrais e integrativas garantidoras de direitos. Deve-se também considerar que esses direitos se estabelecem a partir de conquistas históricas, capazes de dar nova configuração às suas definições e práticas, considerando os contextos sociais dos sujeitos. O contexto exige das gestões que operem estratégias para reorganizar as práticas de saúde, a partir dos problemas identificados no cotidiano. É preciso estimular a educação permanente em saúde, como processos construtores de mudanças nos currículos dos cursos na área da saúde, oferecidos pelas instituições de ensino superior e de ensino técnico. Essas mudanças contribuiriam para a adoção de comportamentos mais inclusivos, num movimento de desconstrução de estigmas voltados à população LGBT, por parte dos profissionais da saúde.

Ao fazer o resgate dessa luta histórica, dentro da sua concepção liberal, Rawls (2016) afirma que a justiça está relacionada à garantia de oportunidades iguais para os indivíduos. No cotidiano dos serviços, bem como nas práticas instituídas nas unidades de saúde, essa questão fica evidenciada no atendimento as pessoas LGBT, com suas especificidades. Conforme se observa, os serviços de saúde não dispõem de nenhuma ação específica para cuidar das necessidades da população LGBT.

Então, pergunta-se: Que oportunidades iguais podemos inferir? De qual justiça social estamos falando? Nesse contexto, coloca-se a exigência de um debate conceitual, para que se possa ir além da naturalização evidenciada de uma conjuntura de recrudescimento da intolerância. É preciso desvelar o que se carrega

de preconceitos e de pré-compreensões nas experiências verificadas cotidianamente nas unidades básicas de saúde. Esses problemas estão na base das estruturas de opressão que, ao invés de humanizarem os serviços de saúde, alienam, oprimem e suprimem direitos do segmento LGBT. É imperativo se avançar na reconstrução das instituições. São os sujeitos que realizam as transformações sociais, num movimento de cidadania ativa. Nessa luta, a palavra de ordem dos movimentos, como protagonistas, deve ser uma agenda em defesa de direitos, sob o lema: resistir para avançar.

5. Atenção integral à população LGBT nas unidades de saúde da família: uma questão de direito

O direito à saúde é reconhecido como direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado aos seus cidadãos e cidadãs, por meio de políticas públicas que permitam o acesso de todos aos meios adequados para o seu bem-estar. É reconhecido, internacionalmente, como um direito humano fundamental à preservação da vida e à dignidade humana.

Conforme entendimento adotado neste trabalho, a atenção integral à saúde exige, para sua efetivação, a realização de escutas e a articulação da rede de cuidados, de acordo com as necessidades. Para tanto, é preciso que a gestão pública facilite o diálogo entre os sujeitos, numa rede de atenção e formação para a construção de práticas inclusivas e cuidadoras, levando-se em consideração as singularidades dos sujeitos, no caso as pessoas LGBT. Somente dessa forma, é possível estabelecer a construção de vínculos e responsabilização. Afinal, esse processo se desenvolve no cotidiano das práticas profissionais e institucionais das equipes de saúde da família.

O documento intitulado “Política Nacional de Atenção Básica foi criado pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde. Em seu texto, dispõe sobre a necessidade de revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017). Essa atenção básica tem no programa Saúde da Família a estratégia prioritária para sua expansão e consolidação, conforme se observa no texto abaixo transcrito:

[...] configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde. A atenção básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa ao planejamento e à implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017, p.7).

Existe um consenso doutrinário no sentido de que são indesejáveis e injustas as diferenças em saúde, determinadas por condições de vida e trabalho estressantes e, por vezes, danosos aos indivíduos e ao meio ambiente. O acesso a serviços públicos essenciais, na grande maioria das vezes, é inadequado, com condutas e práticas pouco cuidadoras, desumanizadas, entre eles, os serviços básicos de saúde.

Para uma reflexão acerca da atenção integral à população LGBT, perguntou-se aos profissionais sobre o papel da unidade básica de saúde no SUS, bem como sobre o acesso e vivências na atenção à saúde da população LGBT. É fácil perceber que os discursos das equipes de saúde são expressivos em relação ao entendimento do que seja esse papel. Expressam que as unidades de saúde são os locais adequados para tratar doentes e as doenças, dando, prioritariamente, o atendimento médico, ancorado em demandas e não em necessidades de saúde. É o que se extrai dos relatos abaixo:

Dar atenção médica ao pessoal aqui da região, da comunidade, especialmente à população mais carente que necessita mais do SUS. Favorece o acesso do usuário e das famílias para que possam fazer diagnósticos e o tratamento das doenças [...]. Conhecer seus pacientes e ficar integrado e informado sobre as patologias para dar uma atenção mais abrangente. Assim, fica mais fácil conhecer e controlar a sua população para tratar as doenças. Às vezes, o paciente não percebe o tipo de atendimento que ele precisa, fica querendo mais. Ele se perde no que realmente é necessário, talvez por ignorância. (TE)

Faz mapeamento das doenças para poder tratar, acompanhar. Mas, o que eu vejo, da experiência com a população, é que ela ainda não se apropriou disso. Eles misturam muito. Para eles o “postinho”, que nem eles falam, “o postinho do bairro o 24h, que é um atendimento de emergência”. Para eles é tudo a mesma coisa, porque eles querem chegar e ser atendidos, não fazem esse discernimento. Precisamos orientar e prevenir contra casos de doença e acompanhar esses doentes. Ajudar mais as pessoas que não têm muitas informações referentes às doenças. Trabalhamos com a promoção e prevenção de doenças. (E)

É para ser integral, conhecer a família e o município, prestar o atendimento da população. Mas, o que ocorre na realidade é que a unidade funciona quase como um PA. Atende em tanta ocorrência que está virando um PA. O papel dela não deveria ser esse, mas é isso que está acontecendo no dia a dia da unidade. Se resume a consultas ambulatoriais, sem conseguir ter uma continuidade com o paciente, nem com a família. (M)

É atender, principalmente, os grupos de risco. Tem papel de triagem, dar atendimento médico. Não é qualquer um que chega aqui, que vai ser atendido. Deve morar na região de abrangência. Na maioria das vezes, o paciente, por ser esse público, só procura a unidade pra consultas tipo “troca de receita”. Nós temos muitas falhas na atenção à saúde da minha comunidade, no cuidado das pessoas. (ACS)

No entanto, quando os profissionais da saúde consideram a população LGBT como um grupo de risco, demonstram que não existe coerência e que o vínculo nas unidades de saúde é frágil. Não há ambiente acolhedor e a culpa recai nos usuários LGBT. Para um olhar mais atento às práticas de saúde ofertadas pelas equipes do programa Saúde da Família, resgata-se o estudo de Merhy (2002). Para ele, são duras as vivências experimentadas pelos usuários no cotidiano dos serviços de saúde. Fica evidente que a atenção à saúde adotada nem sempre está comprometida com a promoção e a proteção dos usuários. São posturas e práticas muito distantes do que se observa como adequadas para efetivar mudanças nas

práticas institucionais e dos profissionais. Para que a integralidade na atenção aconteça, é preciso que as unidades básicas de saúde se responsabilizem pelo cuidado da população LGBT. Os discursos das pessoas LGBT demonstram o quanto está longe a construção da integralidade no sistema municipal de saúde, especialmente, nas unidades básicas:

Eu comecei sozinho tomando hormônio paraguaio, comprado de forma clandestina, arriscando ser preso, porque a gente compra em grande quantidade e a qualquer momento a gente ser preso por contrabando, e comecei a tomar. Quando cheguei até o médico, endócrino, na unidade básica, simplesmente ele olhou pra mim e perguntou se eu queria hormônio pra crescer o peito. Ou seja, ele nem sequer entendia o que era a transexualidade e achava que a transexualidade era só do masculino pra o feminino. Quando vim ter acompanhamento, eu já tava com 1 ano e 3 meses de hormonioterapia, fazendo tudo sozinho, por conta própria, fazendo exames, porque eu tenho consciência que eu precisava fazer exames. Indo no laboratório particular, porque eles não podiam me atender, entende? E sem contar que nessa primeira consulta, quando a agente de saúde veio até mim, as outras pessoas que tavam lá no atendimento não tinham percebido que eu era uma pessoa transexual. E, por ela fazer tanto alarde, tava todo mundo olhando, juntando gente pra ver o que era aquilo que tava acontecendo. E não tem quem me faça ir, porque eu sei que eu vou ser destrutado, eu sei que vai ser sofrimento. (HT)

Os homens trans têm uma grande demanda que não é atendida nas unidades de saúde. Uma grande maioria que eu conheço não tá tendo atendimento lá. Quando converso com os trans, todos eles falaram a mesma coisa, que existe desinteresse, descompromisso. No serviço usam a falsa afirmação de que tem uma equipe sendo montada, uma equipe toda preparada, para melhor nos atender. Só que tá demorando, ela nunca chega, essa é uma promessa antiga. Essas pessoas mesmo que me deram essas informações. Elas já procuraram em anos anteriores, sabe? É a mesma desculpa que vem sendo só renovada a cada ano. Seria muito bom se tivesse

uma agilizada, e que essa equipe, de fato, estivesse toda montada e preparada para melhor nos atender. Tá fazendo falta. (MT e T)

Observa-se a existência, entre os profissionais da saúde, de uma concepção privatista, uma valorização do atendimento de saúde privado, sendo considerado melhor que o setor público. Aqueles que possuem “mínima” condição financeira, ante a ausência de acolhimento das necessidades da população LGBT, procuram o setor privado, conforme admitem em seus relatos. No entanto, a integralidade deve ser enfocada não apenas como um pressuposto do SUS, garantida constitucionalmente, mas também como uma “bandeira de luta”. É preciso partir de uma “imagem objetiva” para se fazer um enunciado de novas práticas institucionais no sistema de saúde, que são consideradas, por muitos, como desejáveis. É preciso haver, também, um comprometido com a questão da universalização dos serviços ofertados pelo SUS. Para complementar a reflexão sobre o papel da unidade de saúde, foi perguntado aos profissionais se existiam grupos populacionais na área de abrangência da USF com dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Para os profissionais da saúde, os usuários LGBT não procuram os serviços de saúde, porque não querem ou porque não precisam. É como se a falta de ações específicas para essa população não tivesse qualquer relação com a baixa procura dos seus integrantes aos serviços de saúde. É como se tudo se resumisse, apenas, a uma vontade própria de querer ou não utilizar a unidade de saúde. Ao culpabilizar as pessoas LGBT pelas ausências, a equipe se exime da responsabilidade no cuidado em saúde das pessoas. O discurso sobre a culpa da população LGBT é recorrente, como se depreende dos relatos a seguir:

Os próprios usuários ainda têm um pouco de timidez, medo, vergonha. Não estão abertos pra conversar com a gente, quando aparecem aqui na unidade. Na unidade os profissionais estão sensíveis para essas novas mudanças, novos comportamentos, de como uma família se constitui hoje, as suas escolhas. Estamos sempre apoiando e oferecendo os recursos que são disponíveis para todos, de maneira igualitária, todo ser humano é igual. (M)

Acredito que depende muito da relação que o usuário tem com a unidade. Às vezes eles se sentem tão constrangidos que talvez eles mesmos criam essa barreira de não procurar a unidade. A

unidade é aberta. Quanto à LGBT, ninguém nunca chegou falando pra mim: “Eu quero falar sobre eu ser LGBT”, nada disso. Não tem que criar essa barreira para quem quer que seja, ou grupo LGBT ou qualquer outro. Não existe, aqui na unidade, essa barreira. (ACS)

Não tem dificuldade, a porta da unidade está sempre aberta. Se não vem, é porque não quer, porque o acesso é bem fácil. Talvez eles não queiram procurar a unidade, não se cuidam muito. (E)

São discursos produtores de culpabilidade das pessoas LGBT, por seu “não cuidado” em saúde. Atribui-se, quase que exclusivamente, às pessoas LGBT a responsabilidade de não procurarem a unidade de saúde. Mesmo que a equipe admita a existência de preconceito, essa questão não se apresenta como relevante nos discursos: **“Afinal, a porta da unidade está sempre aberta e acessível. Não comparece à unidade porque não quer”**. É esse o discurso dos profissionais médicos, quando creditam a ausência dos usuários LGBT a eles próprios: **“Os próprios usuários ainda têm um pouco de timidez, medo, vergonha. Não estão abertos pra conversar com a gente”**. Os profissionais não admitem a existência de barreiras de acesso organizacional a esse segmento. Não reconhecem que existe um vínculo frágil de confiança, fazendo com que o usuário LGBT seja desmotivado a comparecer ao ambiente da consulta no serviço básico de saúde. As equipes não assumem sua parcela de responsabilidade, quando se trata de cuidarem da saúde das pessoas LGBT.

Pelo contrário, preferem fazer afirmativas que remetem ao posicionamento de que as pessoas LGBT têm responsabilidade e culpa pelas suas patologias, pelos seus comportamentos promíscuos e pela vergonha em serem LGBT. Por isso, não comparecem à unidade de saúde. É mais cômodo transferir a responsabilidade para os sujeitos LGBT. Nesses discursos, não existem informações sobre a necessidade do cuidado em saúde da população LGBT. Para os profissionais, o problema é que esses usuários não querem ir ao serviço de saúde, nem se identificar. Como se fosse do indivíduo a responsabilidade total de acesso fácil à unidade de saúde. É como se fosse o único responsável pelo seu processo de adoecimento, desconsiderando a construção histórica e social que permeia a vida das pessoas. Esses entendimentos estão presentes nos relatos seguintes:

Como eles não se identificam, pode ser que eu atenda pessoas aqui que eu nem sei qual opção sexual dela, porque eu não pergunto isso. Não sei te dizer se eles têm dificuldades. O que posso dizer é que todos os usuários são beneficiados com a mesma rotina. Eu acho que o preconceito existe, até o próprio usuário cria preconceito. Acha que na unidade ele vai tá diante de outras pessoas que moram no mesmo território que ele e que ele está se expondo ali, não quer se expor. Tem pessoas que lidam tranquilamente com isso, outras não. São pessoas informadas, eles sabem procurar os direitos deles. Poderiam vir aqui e dizer o que precisam, mas não fazem. Eles fazem uma barreira de acesso, não se sentem à vontade em chegar aqui. Por isso, acredito que tenham dificuldades, pelo próprio mito, pela vergonha, pelo preconceito que sofrem. Muitas vezes essa população não diz pra que veio, por medo de julgamentos, de preconceitos. (M)

Embora a rede tenha abrangido de uma forma natural essa população aí, ainda tem pessoas que ficam constrangidas em procurar a rede pública de saúde, por medo do preconceito. Por conta disso, a saúde vai ficando precária, por conta do próprio usuário, de não estar aberto para poder se expor, com medo da reação dos outros. A saúde é precária, por conta deles não procurarem a unidade para poder se cuidar melhor. Depende muito deles. Tem muitos deles que se guardam, por não saberem como vão ser aceitos, como vão ser recebidos nesses locais. (TE)

Conforme se depreende desses relatos, as pessoas LGBT não falam de sua sexualidade, porque não querem. Então, na visão dos profissionais, por que o serviço de saúde deveria abordar esse assunto? Esse tipo de discurso reforça a ideia de que a responsabilidade pela ausência no serviço de saúde é do usuário LGBT. Afinal, o preconceito também é dele. Na contramão dos argumentos apresentados pelos profissionais, as pessoas LGBT relatam situações determinantes de falta de vínculo, de responsabilidade, observada quando procuram os serviços básicos de saúde, conforme atestam os relatos:

Se você não criar esse vínculo de confiança com o profissional, fica difícil você se abrir com o médico. Cada hora, você passa por um local ou profissional diferente. Quando somos encaminhados, você não faz ideia quem é o profissional que tá te acompanhando. Você consegue se abrir com ele pra falar das suas questões de saúde. Fica difícil criar essa relação, esse vínculo de confiança com o médico, ter confiança em falar. (HG)

O respeito às orientações sexuais é necessário. Não é porque você é homossexual que você precisa deixar claro isso. Mesmo que sua forma de ser mostre isso, ninguém no atendimento precisa fazer qualquer pergunta sobre isso. O que precisaria mudar por causa disso? O atendimento que preciso é entre mim e o médico. Ninguém precisa saber identidade de gênero, orientação sexual de ninguém. Na verdade, a gente não quer nem chegar ao serviço, lá tem probabilidade mínima de encontrar um profissional sensível. Sem vínculo com nossas necessidades, é constrangedor. (LES)

Nós, LGBT, precisamos lembrar do que sofremos nos serviços de saúde. A gente não esquece quando vamos aos serviços, ao médico. Relatar me deixa desconfortável por lembrar os acontecimentos. Fui ao PSF tentar consulta com uma médica e pedi encaminhamento pra um endócrino. Cheguei bem cedo para garantir ser atendido. Depois de horas de espera, a recepcionista começou um tipo de triagem, perguntando o nome, claro, e o que a pessoa tá sentindo. Aí eu disse a ela que me chamasse por Eduardo, porque eu ainda não tinha trocado o nome nos documentos. Ela ignorou, disse que não podia, inclusive repetiu diversas vezes o meu nome de registro, várias vezes. Na hora que me chamou pra entrar no consultório, isso já era de noite, fui o último a ser atendido. E só fui atendido porque quando ela disse que não iria me atender. Eu disse que, se não me atendesse, eu iria até o centro de referência e voltaria lá com o advogado e a polícia. Porque eles não podem me negar o atendimento ao médico. Foi isso que aconteceu e que acontece sempre, de não respeitar o meu nome, e não querer marcar a minha consulta, diz que o meu caso não é um caso de saúde. Com a médica pedi um encaminhamento, só saiu seis meses depois. É muito agonizante pra

gente trans e pra qualquer pessoa que tenha algum problema e precisa fazer alguma modificação. Esperar a boa vontade do médico, do serviço, sem acolhimento. É muito difícil revelar a nossa sexualidade, só aumenta a dificuldade. Nós, homens trans, temos muito medo dos preconceitos, do que pode acontecer. Tanto é que pra gente se reunir, é um deus-nos-acuda. Muita gente não vai com medo, com medo da violência, de sofrer. Eu tenho medo de ir no banheiro masculino, não vou sozinho. Só vou com um colega que tiver comigo. Tenho medo da reação das pessoas, por isso nunca me identifico abertamente nos serviços. A sociedade e as unidades de saúde precisam realmente ter mais conhecimento do que é ser trans. (H.T)

A gente fala muito que o brasileiro se automedica. Mas é muito mais fácil você se automedicar do que chegar às 5 horas da manhã e entrar na fila pra pegar uma ficha pra meio-dia voltar pra marcar uma consulta pra daqui uma semana. Sem falar que tem que aguentar os descasos e constrangimentos lá na unidade. Fico pensando: "Caraca, olha como que nós estamos". O acesso ao serviço de saúde não é o que nós sonhamos. Fico desesperada porque não ta nem perto daquilo que a gente precisa, daquilo que a gente defende. Como está precária a saúde pública no nosso município. O SUS tem 26 anos. Desde sua criação, ele sempre pensou a organização do sistema. Mas não é só dinheiro que precisa pra organizar o SUS, é a boa vontade dos profissionais, de ter outro olhar sobre o outro, de ser inclusivo. (MT e T)

Em certa passagem do discurso, o profissional usou a expressão “**essa população aí**”, para se referir às pessoas LGBT. Considerou-a, assim, como se fosse desprovida de valor, sem identidade, sem força social, tratando-a com indiferença e descaso. A falta de vínculo é reiterada nos discursos, como componente da desarmonia e da iniquidade presentes nas práticas e vivências dos sujeitos. Nessa perspectiva, recorre-se a Butler (2000), quando se refere à noção de sujeitos desqualificados, aqueles que nem “sujeitos” se constituíram ainda. Como se atesta nos relatos a seguir, os profissionais não assumem sua parcela de

responsabilidade, no que diz respeito ao cuidado em saúde da população LGBT:

Na nossa população, aqui eles estão mais tranquilos no caso da AIDS. Na microárea, eu não tenho ninguém. Estão se cuidando direitinho. As consultas são normais, de rotina. As condições são boas. não tem diferença. Muitas vezes, eles deixam de procurar por vergonha, por medo de discriminação. (M)

Não sei te responder. Acredito que quando chega um paciente desse aí, quando aparece, ele passa pelo médico, o médico pede exames, acredito que seja isso. É isso que você queria ouvir? (TE)

Os profissionais não estão preparados para atender esse público aí. E eles também percebem, isso dificulta eles virem procurar a unidade. Eles são discriminados pela falta de informação do funcionário. Quando chega um travesti, eles não sabem como abordar, ficam receosos e acabam fazendo discriminação. (ACS)

O discurso que se refere à vergonha de ser LGBT deve ser entendido com outro olhar. A vergonha não é de ser homossexual, mas por ser exposto e sofrer a violência do preconceito; exposição ao ridículo, conforme foi afirmado nestes relatos:

Gostaria que fossem respeitadas as identidades sexuais. Eu, às vezes, fico até com vergonha e não vou na unidade de saúde. Eu prefiro não ir, tenho medo às vezes. Sentir isso me faz muito mal, não vejo meus direitos respeitados. (HT)

Afirmo que necessita ter mais respeito, respeito ao nome social, chamar um homem trans de ela é o fim. Eles não conhecem, não respeitam, muitas vezes nem a carteirinha do SUS que tem o nome social. Sinto, às vezes, tanta vergonha quando eles fazem isso comigo, me humilhando como se eu fosse uma aberração cheia de pecado. Eu acredito que precisamos de serviço de saúde integral, com mais capacidade, com respeito as pessoas. (MT e T)

Os fatos indicam que não há garantias de direito, motivando o afastamento

dos usuários LGBT das unidades de saúde. É preciso lembrar que vários direitos foram conquistados, legalmente, pela população LGBT, a exemplo do processo transsexualizador, do uso do nome social pelo transgênero em documentos e espaços públicos. Entretanto, tem sido motivo de inúmeras queixas o não reconhecimento desses direitos no cotidiano dos serviços básicos de saúde. Os profissionais não observam as especificidades. Acham que esses direitos se limitam, tão somente, ao fato de terem acesso à unidade de saúde, ao atendimento médico, à prescrição de medicamento e exames. Até porque nem mesmo esse direito é disponibilizado com facilidade nas unidades básicas, conforme se depreende dos seguintes discursos:

É o paciente ter aonde ir buscar o atendimento médico. Às vezes, pode estar um pouco apertada, um pouco difícil conseguir atender as necessidades deles, depende do momento no serviço. Muitas vezes, não tem a resposta que ele veio buscar. Nós temos alguns colegas que são bem preconceituosos com essa população. (ACS)

Tem pessoas que trabalham no horário de atendimento da unidade. Eles têm dificuldade de acessar, e os homens também pela própria forma que eles tratam a sua saúde e seus horários de trabalho. Existem grupos que têm dificuldades de acessar o serviço, tem barreira de acesso e não chegam à unidade. (TE)

Acesso é a capacidade da unidade de receber os pacientes no serviço de saúde e ter condições de atender ao problema que venham solicitar. A disponibilidade da unidade para que o prestador atenda os seus clientes. Todos têm direito de conseguir uma consulta, de passar pelo médico, se for grave ir a um especialista. Todos têm direitos. Temos muitos pacientes que não pode vir ao serviço de saúde, são acamados, indígenas, o grupo que estamos a falar (LGBT). Em dois anos, só tivemos duas consultas. Onde eles estão e vão? Não sabemos. A unidade fica em área de morro, fica mais difícil para pessoas que moram em vielas e escadarias, dificulta a mobilidade, há muitas dificuldades. Essa dificuldade de acesso sempre existe. Mas a unidade está de portas abertas pra toda a população. (M)

Acesso é ter direitos. É o paciente chegar na unidade de saúde e utilizar os serviços, conforme suas necessidades, ter a consulta médica. Saber qual o problema que o paciente tem, seja ele quem for, rico, pobre, independente de cor e raça, de categoria, do que for. O acesso começa antes do paciente chegar aqui na unidade. É a gente permitir que ele resolva os problemas de saúde deles. Nessa realidade, a acessibilidade não está ocorrendo, o sistema não dá condições de trabalho de forma integral, os recursos são escassos e as condições de trabalho são ruins. (E)

A população LGBT enfrenta vários desafios, quando procura os serviços básicos de saúde. Esses obstáculos começam com as barreiras de mobilidade, a falta de vínculos, indisponibilidade de vagas para consulta médica e exames especializados. Tais situações reforçam estigmas sociais, e às vezes, relacionadas à religião de alguns profissionais de saúde. São alguns exemplos que demonstram barreiras de acesso aos serviços de saúde. Portanto, se as unidades básicas de saúde são a porta de entrada do SUS, conforme expressam os discursos dos profissionais, verifica-se na prática, uma grande contradição a esse entendimento.

Essa contradição fica clara, quando se observa que não existe nenhuma ação específica para as pessoas LGBT, nas unidades de saúde. O mesmo acontece na grade de atenção, organizada nos municípios para atender a população LGBT, frente às suas necessidades de saúde. Não se organizam como redes de atenção, articuladas e integradas. O maior foco do serviço concentra-se na medicalização das pessoas, centrada na consulta médica. As especificidades das pessoas LGBT não são reconhecidas pelas equipes de saúde. Os discursos a seguir dão conta desses percalços vivenciados, quando os usuários LGBT procuram as unidades de saúde:

O acesso de toda comunidade dentro dos PSF acaba sendo barrado, dependendo das condições do usuário de como ele é visto perante a área de saúde que ele tá indo. Se ele for bem vestido, principalmente se ele for branco e tiver uma condição boa ele é bem-vindo e bem aceito. Até as opiniões dele são bem formatadas. Agora, se for uma pessoa que mora numa comunidade, pobre e negro, ele não vai ter o mesmo acesso que uma pessoa branca vai ter. (HG)

Os homens trans sabem que, se forem esperar pelo SUS, é bem uns 20 anos pra fazer a cirurgia, entendeu? Te desestimula. Outra coisa, os hormônios é a gente que banca. Pra alguns, não é tão caro, mas pra outros, é muito caro no orçamento. Muitos compram pela internet. E aí ninguém sabe a procedência desses hormônios e aí prejudica. Sem o acompanhamento do endócrino, você não sabe que dosagem, que frequência, colocando a saúde em risco. (HT)

A questão não é você chegar até a unidade, é da porta pra dentro, na utilização do serviço. Porque até mesmo a chegada, mesmo que seja ruim, se você lá é bem atendido, isso facilitaria um pouco aquela dor da vinda, né? Agora quando você vai pra um atendimento, na recepção você já é destrutado, quando chega na hora do médico você já desistiu de ir. Você já foi pra casa. Não é questão do tempo de espera ser encurtado, o problema é que se tem 10 pessoas pra ser atendida e a primeira pessoa a chegar foi uma pessoa trans, ela vai ser a última a ser atendida. Nesses casos não é por ordem de chegada, entendeu? O peso é o modo como as pessoas realmente veem o outro que é quase de separação total, um muro muito estabelecido. Como enfrentar essas questões é muito importante, a gente precisa tratar nessa questão da falta de acesso no serviço de saúde. (MTe T)

Eu sou lésbica e cheguei às 8 horas da manhã e fui a última a ser atendida. Eu tenho uma resistência grande de procurar o serviço de saúde. A gente tem uma cultura em que o médico é o sabichão, que domina e que a gente tá ali em busca de uma solução. Na unidade de saúde, os médicos ou enfermeiros deveriam ser mais humanos e respeitar o paciente. Às vezes, você chega lá e te deixam de lado e esquecem. Ele não sabe se você tá sentindo algo. Eles classificam a gente. Então é ter mais respeito e conhecimento. Tem médico que você chega e ele, em vez de perguntar "O que você tem?" "O que você tá sentindo?" Nem chega perto, nem olha você direito. Precisava de mais agilidade no atendimento, porque as vezes você chega quase morrendo. A pessoa tá lá desfalecida e ninguém chega nem perto para atender. E você vê a pessoa conversando e nem aí para você, menospreza sua dor. (LES)

Teve uma vez que eu estava usando um medicamento, aí deu efeito colateral. Eu fui na unidade de saúde, mas o médico não sabia o que era PEP. Falei o que era. Aí ele queria saber porque eu tava tomando. E eu falei o que aconteceu. Ai ele perguntou se eu era ativo se eu era passivo. Epensei: Sério que ele tá perguntando isso? (risos) (HG)

Nesse contexto de ausência de direitos, cabe uma reflexão sobre a política nacional de saúde integral para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Ela institui, no âmbito do SUS, a necessidade de promover a saúde integral da população LGBT. Nesse sentido, combate a discriminação e o preconceito institucional, como forma de contribuir para a redução das desigualdades e para a consolidação do SUS, como sistema universal, integral e equitativo. O documento propõe a discussão das necessidades em saúde da população LGBT, sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-doença explicitada no texto.

No entanto, o que se observa, como realidade no dia a dia das unidades, é a oferta programada para os atendimentos à saúde, centrada na ótica do discurso médico-científico, quando associa a depressão e as doenças mentais às pessoas LGBT, pelo fato de serem LGBT. Esse entendimento está longe do que deva ser uma atenção integral, a partir das necessidades e diferenças da população LGBT, na perspectiva da integralidade de seus integrantes. É preciso entender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de atenção e de gestão na saúde. Esse valor deve se expressar na maneira como os profissionais da saúde e as instituições respondem às necessidades e expectativas dos usuários que buscam o sistema e serviços de saúde. Nesse contexto, é oportuna a reflexão de Cecílio (1994, p. 121):

É necessário ter em conta que a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor que seja a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas. Em particular, a batalha pela melhoria das condições de vida e pelo acesso a todas as tecnologias para melhorar e prolongar a vida, por mais competente e comprometida que seja a equipe, jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços.

A partir dessa reflexão, observa-se que as iniquidades sociais, especialmente na área da saúde, são contrastantes com o princípio da integralidade no SUS. Essa

política fica, assim, comprometida como prática de saúde, como direito e como prática integral e universal. Os depoimentos seguintes demonstram essa realidade:

As doenças que encontramos é a depressão, porque os familiares muitas vezes não aceitam a situação. É muito constrangedor pra família aceitar. Daí o vínculo familiar se torna ruim, prejudicando a saúde mental deles. Procuram também por receita do médico. (E)

Não sei dizer. É bem complicado falar sobre isso, pois ainda não tive contato com essa população, pelo menos não demonstraram que são. As condições de saúde não devem ser muito boas. Eles cuidam muito do exterior, tão sempre lindos, maravilhosos, bem cuidados, malhados, perfeitos! Mas, nessa onda de que tudo vai bem, eu acho que eles esquecem de se cuidar, sim! Eles ainda têm dificuldade de usar o preservativo, usar os meios de higiene. E aí pegam as doenças sexualmente transmissíveis. (M)

As pessoas têm que ter a consciência de que cada um tem que cuidar de si, ter meios para se cuidar. Tem uma população que tá se descobrindo agora e ainda não tem a consciência do risco que é. Então, troca muito de parceiro, não se previne como deveria. Às vezes, vão para festa, tem álcool, tem drogas, muita DST e AIDS. Não se cuidam muito, há muita promiscuidade. Acho que é falta de informação. Não dou opinião, só falo: “vou marcar um dia pra você ir conversar com o psicólogo”. Cada um escolhe o que quer ser. Pode ser lésbica, sapatão, viado, pra mim o ser humano tem que ter livre arbítrio de escolher o que ele quer ser. Não é porque eu sou uma pessoa evangélica que eu vou julgar o que eles são. Para mim não faz diferença nenhuma. (ACS)

As concepções expressadas não são novas. Foucault (1988) afirmou que no século XIX, normalmente, os homossexuais são referidos como “doentes”, “anormais”, “pervertidos”, “desequilibrados”, entre outros qualificativos. Esses julgamentos tornaram-se bem familiares, no cotidiano das unidades de saúde, construindo sentidos, cristalizado-se. A partir deles, passa a haver afastamento e segregação.

O discurso, que está vinculado a juízos de valores, considera a população

LGBT como tendo um estilo de vida descuidado, promíscuo e até irresponsável. Na visão desses profissionais, os usuários LGBT buscam a unidade de saúde apenas em casos agudos, como por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis. Ou, então, para pegarem alguma receita. Esse discurso mostra a falta de responsabilidade dos profissionais do SUS no cuidado integral à saúde da população LGBT.

Analisando os vários relatos, é possível perceber como a atenção à saúde para a população LGBT tem sido precária. Não existem redes de atenção nem o reconhecimento das singularidades e diversidades. Os indivíduos LGBT não conseguem ter direito, quando buscam o cuidado em saúde. Com isso, acabam não encontrando espaço, na unidade, para ações de promoção da saúde. Recebem atendimento dos serviços de saúde apenas em razão de alguma doença grave ou de potencial complicação.

É imperativo refletir a equidade como algo ativo, uma prática e um direito a ser assegurado a todos, mediante as desigualdades e necessidades sociais. Essa compreensão é fundamental para o entendimento de como os direitos se materializam na vida das pessoas. Conforme já assinalado, o preconceito e o estigma estão presentes nas práticas institucionais dos serviços básicos de saúde. Por isso, têm sido fatores determinantes de rejeição e geradores de sofrimento para as pessoas LGBT. A discriminação social pode e deve ser considerada como propulsora do processo de adoecimento dessa população, dificultando, ainda mais, a acessibilidade das pessoas LGBT nas USF, conforme relato abaixo:

Eu cheguei na unidade de saúde pra ser atendido. O médico só olhou pra minha cara: hemograma completo, HIV, sífilis, me deu. Ah! peraí eu não falei nem bom dia e o senhor já tá me dando lista de exames! Achei uma falta de respeito, entendeu? Chegar em uma unidade de saúde e o cara já olha pra sua cara e vai prescrevendo exames, ele nem sabe o que você precisa. (HG)

As mudanças de práticas é o maior desafio colocado para o SUS. As unidades básicas de saúde têm fundamental importância na construção dessa nova política para a população LGBT. De acordo com Merhy; Onocko (1997), não é suficiente ter responsabilidade apenas com os recursos financeiros e os procedimentos organizacionais das instituições de saúde. Mais do que isso, é

preciso haver transformações no modo como os profissionais e trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários dos serviços. Avaliar a assistência à saúde em instituições públicas e privadas é uma das estratégias da gestão para assegurar a qualidade da atenção prestada. Essa avaliação exige um processo intencional, técnico e político, configurando-se, também, numa responsabilidade ética, moral e social. A abordagem da sexualidade dos usuários LGBT pelos profissionais entrevistados surge quando o tema da consulta gira em torno das doenças sexualmente transmissíveis, conforme os seguintes relatos ilustram:

Sim, existe. Tem um caso de um jovem em atendimento de HIV, que fazemos acompanhamento. São o HIV, a hepatite C, sífilis, herpes, as DST. Com certeza, são essas doenças de transmissão, eles estão mais propícios a essas doenças. Eu percebo que o processo de adoecimento dessa população se dá muito por conta do estigma, do preconceito. (E)

A população é tão grande atualmente que não tem uma doença que acomete eles especificamente, são como todo mundo. É igual à população não LGBT. Depende da idade, temos pessoas mais velhas que têm doenças crônicas degenerativas. Têm as mais novas que são as DST, HIV, sífilis, tuberculose, hepatites. Essas doenças de transmissão sexual são as principais. Falta de informação não é, porque todo mundo tá falando o tempo inteiro. É descuido e promiscuidade mesmo. (M)

A droga, a depressão, e as DST agravam por conta da vida que alguns escolhem levar e geram, principalmente, a depressão e as doenças mentais, Por conta da rejeição, muitas das vezes da família. (ACS)

É possível perceber, nos discursos, que as equipes de saúde se reportam à população LGBT, adotando o entendimento de que se trata de um segmento com necessidades de saúde específicas, associadas apenas à própria sexualidade. Os profissionais fazem também uma associação à morbidades, como a depressão, transtornos mentais, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Ainda na atualidade, alguns indivíduos, sejam trabalhadores da saúde ou não, entendem a

homossexualidade como uma doença mental. Porém, no Brasil, desde 1985, o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da lista de desvios. Em 1999, o Conselho Nacional de Psicologia confirmou a normalidade da orientação homossexual. Essa intolerância ao indivíduo que assume um comportamento homossexual é denominada de homofobia, ou seja, aversão doentia contra homossexuais.

Como se tratasse de um carma, as pessoas LGBT estariam destinadas ao adoecimento, apenas por sua orientação sexual. Conforme Laurent (1984), o homossexualismo, a partir de 1948, passou a compor a CID, na 6ª revisão, classificada na categoria 320 (personalidade patológica, como uma subcategoria 320.6 (desvio sexual). Em 1965, realizou-se a 8ª revisão, retirando o homossexualismo da categoria "personalidade patológica" e incluindo-o na categoria "desvio e transtornos sexuais" (código 302) subcategoria 302.0 (homossexualismo). Nesse processo de revisão, o movimento obteve outra vitória importante: em 1991 a homossexualidade foi retirada da relação de doenças mentais da CID pela Organização Mundial da Saúde, deixando de considerar a homossexualidade como doença.

Apesar dessa importante vitória do movimento LGBT, ainda se identifica, nos discursos das equipes de saúde, uma ideia de que as pessoas LGBT são promíscuas. Mantém-se, portanto, o estigma vivenciado por esse segmento desde a década de 80, quando a homossexualidade era associada à epidemia da AIDS, chegando a ser relacionada à peste gay. Esses estigmas causam muito sofrimento a essas pessoas, bem como um processo de exclusão. Nos discursos as pessoas LGBT apresentam o sentimento por enfrentarem o peso do estigma como uma carga tão sofrida no seu viver:

Quando você põe uma roupa de mulher, vem a transformação. Logo passei a ter um mau atendimento, as pessoas fazem uma barreira. Eu tive um problema com minha irmã e fomos ao hospital. As pessoas não queriam pegar nela, não sei se é por causa da doença ou era porque eu era irmão dela. Não quiseram mesmo realizar o atendimento, porque eu estava acompanhando ela. Ninguém queria nem pegar nela. A partir do momento que se cruza a porta do consultório com roupa feminina, você já é crucificado. As

peessoas já acham que é HIV-AIDS. Mesma sendo uma doença qualquer, já perguntam se você já fez o teste HIV-AIDS. Já perguntam se ando fazendo sexo sem camisinha. Dou a resposta desaforada e ela já fica sem graça. Quando deparamos com profissionais ou atendentes evangélicos, ai é só constrangimento. Nunca mais volto. É frustrante ir a um lugar que precisamos de ajuda e somos maltratadas, é decepcionante. (MT e T)

O problema nos PSF acontece quando a gente diz que é LGBT. A primeira coisa é que o médico olha pra você e diz: “você já fez o teste do HIV hoje”? Ou “Qual foi a última vez que você fez o teste”? “Você tá com teste em casa? Pode trazer pra mim dá uma olhada”? Como se todo LGBT fosse portador do vírus. Por que o LGBT não estuda, não trabalha, não se diverte, só faz sexo e mais nada. Cansado de ser apenas uma máquina sexual, promíscua. É triste. (HT)

Acho que a gente nunca vai conseguir se desvincular do HIV AIDS, é uma chaga, é preocupante. Porque somos viados, recebemos todo preconceito,. Ainda há muito conservadorismo na área da saúde, apesar de ser um campo de discussão muito forte de força, de tensões, a gente ainda tem a resistência. Quando traz, por exemplo, homens trans que querem entrar na saúde do homem, que querem também participar e já tem uma resistência, homens gays e bissexuais que querem a gente tem que aparecer transversalmente nessa política o tempo todo, ainda tem que buscar o espaço, lutar por ele. As dificuldades de gênero que a gente encontra nos lugares dificultam muito a gente acessar o serviço de saúde. Isso precisa ser refletido. Precisa de humanização dos profissionais do SUS no atendimento à população LGBT. Não podem relacionar as doenças sexualmente transmissíveis com a pessoa que parece ser gay/lésbica. É inaceitável. Precisa de tratamento respeitoso na UBS. (HG)

A medicina e as práticas nos serviços de saúde privilegiam o indivíduo, centrado-se apenas no corpo biológico, em atos fragmentados. Excluem, assim, a

possibilidade de uma atenção integral à saúde. A normalidade está colocada sobre a saúde e o corpo, reproduzindo um conjunto de regras e de estilos de vida que impedem o sujeito de agir com autonomia sobre si mesmo e seu corpo. Segundo Testa (1992), esse modelo reproduz o poder de classe, que se sustenta nos aspectos econômico, técnico e administrativo. A atitude dos profissionais da saúde em associar as pessoas LGBT a transtornos mentais é mais uma forma de preconceito velado que elas enfrentam no cotidiano dos serviços de saúde. Tal conduta gera constrangimentos que as afastam dos serviços de saúde, impedindo assim, garantias de direito à saúde e a efetivação de equidade. É o que se depreende desses relatos:

Não sei. Será que é de nossa responsabilidade esses pacientes, assim... (E)

Não sei te responder. Acredito que quando chega um paciente desse aí, ele passa pelo médico. O médico pede exames, acredito que seja isso. É isso que você queria ouvir? (TE)

Tenta-se associar as pessoas LGBT com promiscuidade e doenças sexualmente transmissíveis. Transporta-se essa associação para o campo das individualidades, carregadas de elementos pejorativos, mantendo-se a tendência de estigmatizar esses indivíduos. As falas dos profissionais reforçam a imagem de uma população que, além de não se cuidar, traz uma demanda para os serviços de saúde, na medida em que é associada às doenças sexualmente transmissíveis.

De posse desses mecanismos de poder do discurso científico, tenta-se evidenciar o adoecimento da população LGBT como consequência de uma sexualidade desviada da heteronormativa instituída. Nesse sentido, Foucault (1986) afirma que o poder se exerce sobre o corpo, nas ações cotidianas. Assim, ele só é considerado útil, na medida em que é produtivo e dócil, passível de transformação e aperfeiçoamento. O ideal é ter um corpo ativo, moldado pelo poder da disciplina. Com isso, o controle das operações do corpo estabelece a sujeição de suas forças e lhe impõe uma relação de docilidade. Ao identificarem o usuário como integrante da população LGBT, os profissionais da saúde falsamente raciocinam sobre a provável patologia que o trouxe até a unidade: “deve ser uma doença sexualmente

transmissível”. Como se o pertencimento à população LGBT já significasse uma vida sexual promíscua e, como consequência, susceptível de contágio.

A questão que precisa ser colocada não é pensar que a população LGBT pode adquirir doenças sexualmente transmissíveis. O problema é quando o profissional fica circunscrito a esse entendimento, configurando claramente o estigma às pessoas LGBT. Insiste-se no estereótipo da “pessoa promíscua” que não se cuida, que tem doenças sexualmente transmissíveis, que está condenada a desenvolver HIV-AIDS, que é perturbada e depressiva, caracterizando as pessoas LGBT como um segmento desqualificável. Essas pessoas enfrentam constrangimentos no cotidiano das unidades de saúde. Por outro lado, os discursos dos profissionais estão permeados de rotulação e discriminação, numa clara relação de poder. Esse modelo permite que estes componentes se revelem naturalmente na relação entre a equipe de saúde e as pessoas LGBT, como algo naturalmente dado.

Por todos esses motivos, a atenção integral às pessoas LGBT, nas unidades de saúde da família, está longe de constituir um direito. É preciso, portanto, haver diálogos coletivos para produzir novos acordos e práticas, possibilitando integração na gestão, como primeiro passo para a implantação de políticas públicas. É preciso acabar com as opressões e os estereótipos no cotidiano das unidades de saúde, para que se possa superar essa barreira na construção de uma atenção à saúde integral e de qualidade. Mas esse processo que só poderá ser efetivado como resultado da resistência e pressão dos sujeitos LGBT, por direitos e justiça social.

A partir das reflexões e considerações realizadas no estudo, defende-se o argumento de tese: **A implantação da política nacional de atenção integral à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, é frágil. Não está implantada no âmbito institucional. Não expressa, na práxis dos profissionais da saúde, o reconhecimento do direito à saúde, nem vem promovendo justiça social, em relação às pessoas LGBT, usuárias do SUS, contribuindo para a perpetuação do preconceito e a exclusão desse segmento.**

APONTAMENTOS PARA O DEVIR

**“Nada é absoluto. Tudo muda, tudo se move,
tudo gira, tudo voa e desaparece”.**

Frida Kahlo

O objetivo deste trabalho foi analisar a implantação da política nacional de atenção integral à saúde para a população LGBT, no que se refere à sua institucionalização, no âmbito da atenção básica, com foco na estratégia Saúde da Família. A abordagem dessa temática motivou uma série de reflexões sobre os seguintes problemas: invisibilidade do preconceito à população LGBT: estigma e discriminação; igualdade das pessoas LGBT nas unidades de saúde: véu de obscuridade e ausência de equidade; conhecimento e institucionalização da política nacional de saúde LGBT; falhas na formação dos profissionais do programa saúde da família; a responsabilização do outro; atenção integral da população LGBT nas unidades de saúde da família; direito à saúde.

A pesquisa confirmou a não efetivação da política nacional de atenção integral à saúde na vida cotidiana das pessoas LGBT. Essa realidade foi constatada nos discursos dos sujeitos e nas práticas profissionais utilizadas na estrutura das organizações das unidades básicas de saúde. A implementação dessa política vem sendo feita sem a integralidade exigida e com exclusão dos usuários LGBT pelos estigmas e pelo não reconhecimento das desigualdades, diferenças e diversidades que compõem suas singularidades.

É imprescindível a adoção de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, tendo em vista que o cuidado integral não vem se realizando como uma missão institucional. Assim, é necessário apostar nas ferramentas relacionais, com responsabilidade, e no compromisso do remodelamento da atenção à saúde, para a produção de vínculos com os usuários e sempre em defesa da vida. Nesse aspecto, é indispensável a promoção da educação permanente em saúde, como uma política municipal e estadual estratégica, que faça articulação entre ensino, gestão, atenção e participação social. A rede de gestão e de serviços de saúde do SUS deve ser um lugar de aprendizado para mudanças de práticas, num movimento de construção da integralidade da atenção à população LGBT e justiça social, na gestão do SUS nos âmbitos municipal e estadual.

Sem dúvida, a formação de profissionais da saúde para a atenção às pessoas LGBT e suas necessidades em saúde é parte do desafio para a efetivação de acesso e integralidade em saúde. É inadmissível a manutenção de práticas voltadas para uma situação patológica, de medicalização, sustentando o paradigma ainda dominante das ciências da saúde. A política de atenção à saúde deve ser inclusiva, com concepção ampliada de saúde, no contexto da vida social, interagindo por meio da ação pedagógica. Deve estar inserida numa prática social concreta, com base em processos balizados pelos princípios do direito à saúde e valores de defesa da vida.

No campo da formação dos profissionais e trabalhadores da saúde, a educação permanente, como estratégia de gestão, deve ser desenvolvida e fortalecida. Esses ambientes de formação devem ser constantes, no cotidiano institucional. Devem também estar atentos à rotatividade existente nos espaços e serviços, de modo que a rede de atenção deve atuar como processos de aprendizagem no e para o trabalho. Nessa perspectiva, os currículos dos cursos de formação na área de saúde, em razão da sua relevância para a atenção em saúde no âmbito do SUS, devem possibilitar um olhar reflexivo sobre as práticas, favorecendo a construção da integralidade e de saberes e vivências, a partir da prática cotidiana.

É preciso também compreender a complexidade do tema em seus aspectos históricos, políticos e culturais, bem como desenvolver estratégias para efetivar um cuidado integral e humanizado à saúde para a população LGBT. A mudança das práticas de saúde precisa ser trabalhada não somente junto aos profissionais da rede de serviços, mas também aos futuros profissionais de saúde. Para tanto, é preciso fazer da rede de serviços um espaço de aprendizagem permanente, uma rede escola.

Esses esforços requerem o envolvimento dos movimentos sociais, para a efetivação do direito à saúde e o respeito à diversidade sexual nas unidades de saúde. Nas lutas do movimento LGBT, uma tensão se estabelece quando o direito funciona, historicamente, como aparato utilizado para legitimar as sexualidades socialmente normativadas. É justamente esse contexto histórico que busca justificar os discursos acerca das sexualidades desviantes e ganha reforço como espaço de estigmatização das existências compreendidas como anormais. Assim, o combate à discriminação contra a população LGBT e a defesa de seus direitos devem ser compreendidos sob a ótica da aplicação dos direitos humanos, indiscriminadamente.

Devem ser vistos como forma de referendar princípios fundamentais sobre os quais todos os direitos humanos estão assentados.

É nesse cenário adverso e excludente que a população LGBT sai dos armários para ocupar o espaço público, para se fazer sujeito ativo, capaz de conduzir a sua própria experiência, para exigir direitos, reconhecimento e visibilidade social. Não se pode perder de vista que o direito é uma construção jurídica, produzida socialmente, um campo de forças sociais e de disputas. A partir das normas instituídas, cabe-nos a tarefa de acolher a diferença como parte integrante da vida, em seus movimentos de diferenciação complexa. O direito deve ser aplicado sem ser reduzido a simples cumpridor de novas normas universalizadas. Deve-se pensar o direito não apenas como instância que regula relações sociais, mas também como algo capaz de instituí-las, utilizando-se um sistema da pressão e mobilização para conquistá-las. Essa é e será a luta LGBT, enquanto sujeito coletivo.

O posicionamento da atuação do movimento LGBT serve para compreender como as atitudes de preconceito, discriminação e de repressão, em última instância impedem os avanços das políticas públicas. São esses movimentos sociais de gênero que contribuem para que os debates ocorram e resultem em uma transformação social. Para tanto, exige-se uma revisão de valores, preceitos, preconceitos e pressupostos marcados, principalmente, no campo da ética, da política e da moral.

O empoderamento do movimento LGBT levou gays, lésbicas, transsexuais e travestis a se mobilizarem em busca da sua cidadania e “dignidade humana”, em nome da emancipação e da participação social. O empoderamento desse segmento social está na capacidade de transformar essa humilhação em indignação, em processo reivindicatório, bem como de articulação e afirmação de direito, enquanto sujeito coletivo. Portanto, o empoderamento deve ser uma bandeira de luta para o movimento LGBT, uma agenda viva e incansável, principalmente no combate à discriminação, ao preconceito e às diversas formas de violência, na conquista de direitos.

Independentemente de fatores como classe social, raça, orientação sexual, identidade e gênero, os integrantes do segmento LGBT devem ter assegurado seu reconhecimento, enquanto cidadãos. Sua condição humana deve ser garantida através de práticas sociais, políticas e governamentais, além de políticas públicas

equitativas, capazes de superar os estereótipos e as injustiças sociais. Porém, esse processo só se efetiva na prática, através de organização e luta social.

Os discursos dos sujeitos coletivos desta pesquisa não podem ser tomados de forma isolada, quando se busca compreender os conceitos e a aplicabilidade do direito em saúde, nos municípios pesquisados. Assim, o princípio da equidade em saúde tem a função basilar de adequar os meios à realidade e aos diferentes modos de vida. Essas lutas são necessárias para a obtenção da cidadania, entendendo o direito como profundamente imbricado nas pautas de suas reivindicações. Como se sabe, os processos desenvolvidos, especialmente na área de direitos humanos e da saúde, passam por essa organização. Sempre são pautados como estratégias de lutas por visibilidade e garantias desses direitos e justiça social. O cerne da questão está na noção de identidade, na qual a busca da justiça tende a se pautar por reivindicações de reconhecimento. Fica evidente, portanto, a necessidade de retomar essa pressão com mais força e efetividade.

A sociedade brasileira, desde sua formação, foi desigual. Esse fato, em princípio, condicionaria a realização da justiça social. Num contexto de exclusão e desigualdades sociais, o respeito às diferenças contribui para a conquista de uma sociedade mais justa. A equidade deve ser fomentada enquanto expressão da reivindicação desses segmentos. No atual cenário, verifica-se a impossibilidade de se ter saúde integral quando se é submetido à discriminação, preconceito, invisibilidade. Tais situações são enfrentadas, em especial, pela população LGBT.

Um aspecto relevante no estudo foi a constatação da não existência de dados estatísticos e epidemiológicos sobre a população LGBT. Essa lacuna demonstra a maneira como o Estado atua sobre as questões referentes a esses sujeitos, fruto da invisibilidade social. A inexistência de dados que permitam a construção de um perfil de morbimortalidade dessa população é, sem dúvida, uma questão relevante para o conhecimento do processo saúde-doença do segmento LGBT. Atualmente, ainda se procura vincular esse segmento à morbimortalidade por AIDS/HIV, como se a síndrome da imunodeficiência humana ainda se constituísse como doença padrão da homossexualidade.

É preciso também fortalecer a bandeira de luta junto ao Congresso Nacional pela criação de novos marcos legais referentes à cidadania LGBT. Por sua vez, o Ministério da Saúde deve adotar novos instrumentos de gestão da informação, especialmente, para os seguintes registros: prontuários médicos; declaração de

óbito e fichas de notificação; investigação do sistema de informação de agravos, incluindo as variáveis “*orientação sexual*” e “*identidade de gênero*”. Essas medidas permitirão apontar quais as principais causas de adoecimento e morte do segmento LGBT. Outras instâncias governamentais devem também desenvolver políticas de atenção a essa população. Por exemplo, o IBGE, como órgão censitário, deve incluir, em suas pesquisas analíticas, outras variáveis capazes de ampliar e aprofundar o conhecimento de dados demográficos da população LGBT. Não deve limitar-se ao registro de casal homoafetivo por domicílio.

É impossível construir um perfil epidemiológico, sem o conhecimento dessas variáveis. Somente assim, é possível qualificar os processos de planejamento, execução e avaliação da política nacional de atenção integral à saúde da população LGBT. O Planejamento deve ser considerado uma ferramenta essencial nesse processo, pois permite a incorporação da interdisciplinaridade e pressões dos movimentos sociais na análise dos problemas. Dessa forma, garantir a equidade na definição e implementação de ações voltadas para a mudança das condições de vida e saúde da população LGBT. Conforme suas necessidades sociais e culturais, com conhecendo dos processos de adoecimentos a que são submetidos.

De modo geral, é preciso fomentar o debate sobre as diferenças. Ele é fundamental quando se aborda o tema sobre justiça, pois influi na formação da identidade cultural e dos sujeitos. Influi também no estabelecimento de valores e nas relações que os sujeitos estabelecem. Nesse debate, não se pode deixar de considerar a ampla diversidade que caracteriza os seres humanos, contribuindo decisivamente para a estruturação e o desempenho das organizações sociais. Nos municípios estudados, observou-se o grau de sofrimento das pessoas que convivem com a exclusão, em consequência do estigma a que são submetidas. Essa situação pode ser agravada por fatores tais como: relação da pessoa LGBT com a família, orientação sexual, gênero, raça, estereótipos internalizados, contribuindo para um comportamento discriminador.

Não é por acaso que o lema das Paradas LGBT, a partir de 1997, passou a ser “Orgulho Gay”. O propósito é afirmar uma positividade contra a exclusão e o preconceito vivenciados no cotidiano das pessoas LGBT, em especial, nas unidades de saúde. É preciso sempre enfatizar que o direito existe, para produzir efeitos concretos no cotidiano das práticas dos sujeitos. Portanto, não pode ser reduzido a uma mera afirmação abstrata enquanto norma constitucional. Essa expressão do

direito deve incorporar caracteres sociais e de cidadania em seu conteúdo. Não se trata de ter o direito, mas de exercê-lo, de modo que seja efetivamente praticado e implementado pelas organizações sociais, num processo de solidariedade e exercício de cidadania para a garantia dessas conquistas, como expressão de justiça social.

Por fim, deve-se reconhecer a necessidade de elaboração de outros estudos e pesquisas acerca da população LGBT. Esses estudos devem abordar tanto suas necessidades em saúde, como o processo organizacional dos serviços e das práticas nele realizadas. Somente dessa forma, é possível considerar as singularidades que compõem os grupos populacionais de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Novas abordagens são valiosas para a formação dos profissionais e trabalhadores da saúde, por darem maior visibilidade às questões inerentes às necessidades de saúde de indivíduos LGBT. Essas pessoas devem ser motivadas a participarem de movimentos construtores de práticas integrais nos serviços básicos de saúde do SUS.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para o aperfeiçoamento da política nacional de atenção integral à saúde da população LGBT, nas unidades de saúde e nas instâncias gestoras do SUS. Espera-se também que se discutam os problemas apontados, promovendo o avanço e a consolidação dos sistemas municipais de saúde, contribuindo assim, para fortalecer o ato de cuidar das pessoas, garantindo-lhes o direito aos serviços de saúde integral e equitativo, afirmado como expressão de direito e justiça social.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia.; TRAVASSOS, Cláudia.; PORTO, S. & BAPTISTA, T. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade.** Research. IN Public Health, Technical Papers 17. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 1999.

ALMEIDA FILHO, Naomar; VIEIRA DA SILVA, Lúgia Maria. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, supl. 2, p.217-226, Rio de Janeiro, 2009.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 6. ed. Tradução de Mário Gama Kury. São Paulo: Martin Claret LTDA, 2001.

_____. **Política**. 5. ed. Tradução de Torrieri Guimarães. São Paulo: Martin Claret LTDA, 2011.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, nº 11, p. 2865-2875, Rio de Janeiro, Nov. 2012.

BARROS, Fernando Passos Cupertino de; SOUSA, Maria Fátima de. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, nº1, p. 9-18. São Paulo, Março, 2016.

BERLINGUER, Giovanni. **O direito à vida e a ética da saúde**, nº 30. São Paulo: Lua Nova, 1993.

_____. **Equidade, seletividade e assistência à saúde**. nº 47. São Paulo: Lua Nova, 1999.

BOBBIO Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

_____. **Teoria geral da política: A filosofia política e as lições dos clássicos**. 11. ed. Tradução de Daniela Beccaccia Versiani. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

_____. **Estado, governo e sociedade**. Para uma teoria geral da política. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2007.

BRASIL, Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde - artigos 196-200, 1988.

_____. **Decreto nº 1.904, de 30 de maio de 1996**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 1996a.

_____. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça. Brasília-DF, 1996b.

_____. **Decreto nº 4.229, de 13 de maio de 2002**. Presidência da República. Casa

Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 2002a.

_____. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social, Ministério da Justiça. Brasília-DF, 2002b.

_____. **Brasil Sem Homofobia**. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e de Promoção da Cidadania Homossexual. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2004.

_____. **Portaria nº 675/GM/2006**. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. 31/03/2006.

_____. **Portaria nº 1707, de 18 de agosto de 2008**. Insitui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o processo transexualizador. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2008a.

_____. **Anais da 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania LGBR. Brasília-DF, 2008b.

_____. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT**. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília-DF, 2009a.

_____. **Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2009b.

_____. **Decreto nº 7.037, de 21 de dezembro de 2009**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília-DF, 2009c.

_____. **Programa Nacional de Direitos Humanos**. PNDH3 Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília-DF, 2009d.

_____. **Decreto nº 7.388, de 9 de dezembro de 2010**. Dispõe sobre a estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional de Combate à Discriminação – CNCD. Presidência da República, Casa Civil. Brasília-DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: direito de todos 2008-2011**. 3. ed. rev. Brasília: DF. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 2010 b.

_____. **Portaria nº 2.836, de 1 de dezembro de 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2011a.

_____. **Anais da 2ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional LGBT. Brasília-DF, 2011b.

_____. **Resolução nº 466/12.** Diretrizes para Pesquisas com Seres Humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Brasília, 2012.

_____. **Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013.** Redefine e amplia o processo transexualizador no SUS. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2013a.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa (cartilha). Brasília-DF, 2013b.

_____. **Relatório Final da 3ª Conferência Nacional de Políticas Públicas e Direitos Humanos para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT.** Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. Conselho Nacional LGBT. Brasília-DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Diretoria de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2017.

BRASIL. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Relatório das Violências Homofóbicas no Brasil,** 2013.

BRASIL. Ministério Público Federal. Assessoria de Comunicação e Informação **Cartilha dos Direitos LGBT.** Brasília-DF, 2017.

BUTLER, Judith. **Corpos que importam:** sobre os limites materiais e discursivos do sexo. Buenos Aires: Paidós, 2005.

CAMPO GRANDE. Prefeitura de Campo Grande.
<http://www.campogrande.ms.gov.br/> , acesso em julho de 2017.

CANABARRO, Ronaldo; OLIVEIRA, Cinthia Roso; PICHLER, Nadir Antônio. **Filosofia e homoafetividade.** Passo Fundo: Méritos, 2012.

CANABARRO, Ronaldo. História e direitos sexuais no Brasil: O movimento LGBT e a discussão sobre a cidadania. **Anais do II Congresso Internacional de História Regional.** Universidade Federal de Passo Fundo, 2013.
do Orgulho GLBT. Coleção Documentos, v. 5. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. **Os Bestializados** - O Rio de Janeiro e a República que não foi. 3. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2004.

CASSEMIRO, Luiza Carla, A luta por direitos e avanços na política de saúde: o cotidiano de travestis e transexuais. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas** – O Desenvolvimento da Crise Capitalista e a Atualização das Lutas contra a Exploração, a Dominação e a Humilhação. Universidade Federal do Maranhão. Agosto, 2013.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança em uma região de saúde: reconstituição e análise da experiência do departamento regional de saúde de Campinas (DRS-5) – 1983/1987. In: MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 89-116.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2000.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues; COELHO, Edméia Coelho de Almeida. Enfermería y sexualidad: revisión integradora de artículos publicados en la Revista Latino Americana de Enfermería y en la Revista Brasileña de Enfermería. Rev. Latino-Americana de Enfermagem v.19 n° 3, s/p. May/June. Ribeirão Preto, 2011.

DELEUZE, Gilles. Empirismo e subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. Tradução de L. B. L. Orlandi. São Paulo: Editora 34. 2001.

DEJOUR, Christophe. **A banalização da justiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to Quality Assurance in Health Care**. Oxford University Press, New York, 2003.

DUARTE, Marco José de Oliveira. **Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania LGBT em cena**. Temporalis, ano 14, n° 27, p. 77-98. Brasília, Jan-Jun, 2014.

SCOREL, Sara. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília: OPAS, 2001. Disponível em <[http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-temática-1/textos/saúde-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf](http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-temática-1/textos/saúde-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-83-2013-os-dilemas-da-equidade-em-saude-aspectos-conceituais.pdf)>. Acesso em 25 de julho de 2017.

ESPÍRITO SANTO. Governo do Estado do Espírito Santo. www.es.gov.br. Acesso em julho de 2017.

FACCHINI, Regina. **Sopa de letrinhas?** Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 90. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

FAORO, Raymundo. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro., 2. ed. Volume 1 e 2. São Paulo: Globo, 1975

FLEURY, Sônia; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Política de saúde**: uma política social. In Políticas e sistemas de saúde no Brasil. GIOVANELLA, Lúcia; SCOREL, Sara; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antônio Ivo de. Organizadores. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012, Cap. I, p. 1-42.

FREIRE DA SILVA, Joseane Barbosa; SILVA, Paulo Emanuel; CUNHA, Lanísia Bianca Passos de Oliveira; PEREIRA, Ivoneide Lucena; NOGUEIRA, Jordana de Almeida; ALMEIDA, Sandra Aparecida. Evolução histórica das políticas públicas

para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Estado da Paraíba. **Revista de Enfermagem da UFPE**, v. 11, Supl. 2, p. 1096-102, fev., Recife, 2017.

FREYRE, Gilberto. **Casa grande & senzala: Formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. 48. ed. São Paulo: Global, Fundação Gilberto Freyre, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 7. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 4. ed. Tradução Lúcia M. Pondé Vassallo. Petrópolis: Vozes, 1986.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GIOVANELLA, Ligia; DRUMMOND, J.; SKABA, Marcia Marília Fróes; V. & OLIVEIRA;. Equidade em saúde no Brasil. *Saúde Debate*, 1996. 49/50:13-22.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Maria Bandeira de melo Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GRANGEIRO Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da.; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica**. v. 26, nº1, p. 87-94, 2009.

GUIMARÃES Rosa João. **Grandes sertões: Veredas**, v. II. São Paulo: Nova Aguilar, 1994.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 6a ed. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2000.

_____. **Além da justiça**. Tradução de Savannah Hartmann. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

_____. **Sociología de la vida cotidiana**. Trad. J. F. Yvars e E. Pérez Nadal. Barcelona: Ediciones Península, 1977.

JOÃO PESSOA. Prefeitura de João Pessoa. <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/> , acesso em julho de 2017.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. In *Medicina Social: aspectos históricos*. São Paulo: Global, 1983.

LAURENTI, Ruy. Homossexualismo e a classificação internacional de doenças. **Rev. Saúde Pública**, v.18, nº 5, s/p. São Paulo Oct. 1984.

LEFÈVRE, Fernando.; LEFÈVRE, Ana Maria. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.10, nº 20, p. 517-24. jul/dez, 2006.

LEFÈVRE, Fernando.; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito**

coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul: Edusc, 2005.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. O discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto Contexto Enferm.**, v. 23, n° 2, p. 502-507. Florianópolis. Abr-Jun, 2014.

LIONÇO, Tatiana. A atenção integral à saúde e diversidade social no processo transexualizador do SUS: avanços e impasses. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n° 1, p. 43-63, 2009.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum**. Tradução Aluizio Ramos Trinta. São Paulo: Brasiliense, 1988.

_____. **No fundo das aparências**. Tradução de Bertha Halpern Gurovitz 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro Roseni, Mattos Ruben Araújo de (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. ed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas; amostragem e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

MATO GROSSO DO SUL. Governo do Estado do Mato Grosso do Sul. www.ms.gov.br. acesso em julho de 2017.

MELLO, Luiz.; AVELAR, Bruno Rezende; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil? **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n° 2, p. 289-312. Maio/Agosto, 2012.

MERHY, Emerson Elias. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: MERHY, Emerson Elias; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; CECÍLIO, Luis Carlos de Oliveira. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117-160.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvércio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista.; BUENO, Wanderley Silva. (Org). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEIRA, Roseana Maria Barbosa; PEREIRA, Adriene Jacinto. **Catografia do SUS em João Pessoa**: estabelecimentos, ações e serviços de saúde. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2013.

MOTT, Luiz. **Homossexualidade**: mitos e verdades. Salvador: Grupo Gay da Bahia, 2003.

_____. A construção da cidadania homossexual no Brasil. **Revista Espaço Aberto. Democracia viva**, nº 25, p. 98-103, jan./fev.2005. Disponível em <http://www.observatoriodeseguranca.org/files/ibasenet_o.pdf. Acesso em 10 agosto de 2017>.

ONU. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 2014. <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em julho de 2017.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba. Secretaria de Estado da Saúde, TABNET. Sistema de Informação sobre Mortalidade http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sim_estado.def, acesso em julho de 2017.

PARAÍBA. Governo do Estado da Paraíba, Secretaria de Estado da Saúde, TABNET. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos http://tabnet.saude.pb.gov.br/tabnet/deftohtm.exe?tabdo/sinasc_estado.def, acesso em julho de 2017.

PELLEGRIN, Pierre. **Aristotle**: Les Politiques. 2. ed, v. 1. Paris: Flammarion, 1993.

PERELMAN, Chaim. **Ética e direito**. Tradução de Maria Ermanita de Almeida Prado Galvão. Editora Martins Fontes. São Paulo: 1996.

PHYSIS PETRY Analídia Rodolpho, MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Transsexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Texto do contexto**, v. 10 nº1 p. 193-198, Jun/Julho, 2011.

PRADO, Elizabeth Alves de Jesus; SOUSA, Maria Fátima de. Políticas públicas e a saúde da população LGBT: uma revisão integrativa. **Tempus, Actas de saúde colet**, v. 11, nº 1, p. 69-80, mar, Brasília, 2017.

RAWLS, Jonh. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Jussara Simões. Revisão técnica e da tradução: Alvaro de Vita. São Paulo: 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2016.

_____. **Justiça como equidade**: uma reformulação. Tradução Claudia Berliner. Revisão técnica e da tradução: Alvaro de Vita. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

SEN, Amartya. **A ideia de justiça**. Tradução de Denise Bottmann, Ricardo Doninelli. São Paulo: Companhia das Letras, 2011. 4ª reimpressão.

_____. **Desenvolvimento como liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **Desigualdade reexaminada**. Tradução e apresentação de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001.

ROMEIRO, Adriana. **Corrupção e poder no Brasil**: uma história, século XVI a XVIII. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. (História & Historiografia)

SADER, Eder. **Quando novos personagens entraram em cena**: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**: para uma nova cultura política. Coleção para um novo senso comum, v.4. São Paulo: Cortez, 2006.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Na trilha do arco-íris do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2009.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Ano 8, nº16, p. 20-45. Porto Alegre, 2006.

SOUSA JUNIOR, José Geraldo. **Direito como liberdade**: o direito achado na rua. Editora Sergio Antonio Fabris. Porto Alegre, 2011.

SOUSA, Maria Fátima de.; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **A saúde na cidade de João Pessoa**: Traços de uma História. Campinas-SP: Saberes, 2013.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

VIEIRA DA SILVA, Lígia Maria. AIMEIDA FILHO, Naomar. **Equidade em saúde**: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, p. 217-226, 2009.

VITÓRIA, Prefeitura de Vitória. <http://www.vitoria.es.gov.br/> . Acesso em Julho de 2017.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. 3. ed. Brasília: UNB, v. I, 1994.

_____. **Ensaio de sociologia**. Tradução de Waltensir Dutra. Revisão Técnica Fernando Henrique Cardoso. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1979.

_____. **Conceitos básicos de sociologia**. Tradução de Rubens Eduardo Ferreira Frias e Gerard Georges Delaunay. São Paulo: Moraes, 1987.

_____. **Sociologia**. Coleção Grandes Cientistas Sociais. **Tradução** Amélia Cohn e Gabriel Cohn. 7. ed São Paulo: Ática, 2003.

WHITEHEAD, Margaret. **The concept and principles of equity and health**. Washington DC: Pan American Health Organization, 1991.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TABELAS COM OS ENDEREÇOS DAS UNIDADES PESQUISADAS

Tabela 1 - Unidades de Saúde da Família selecionadas pelo método aleatório em Campo Grande-MT para a pesquisa "Saúde LGBT".

UNIDADE SELECIONADA	DISTRITO SANITÁRIO	ENDEREÇO	BAIRRO
UBSF Dra. Marcia Guedes de Sá –Nova Lima	NORTE	Rua Firmo Cristaldo, s/n.	Júlio Prestes
UBSF São Benedito	NORTE	Rua do Seminário, Quadra 01, Loteamento 19, s/n.	Portal do Gramado
UBSF Aquino Dias Bezerra – Vida Nova	NORTE	Rua Nísia Floresta, s/n.	Vida Nova III
UBSF Dr. Nelson Tokuei Simabukuro – Aero Rancho IV	SUL	Rua Ezequiel Ferreira Lima, s/n.	Aero rancho IV
UBSF Vila Carvalho	SUL	Rua Joaquim Manoel de Carvalho, n. 605.	Vila Carvalho
UBSF Sebastião Luiz Nogueira – Jd. Los Angeles	SUL	Rua Francisco Chaves, n. 568.	Jd. Los Angeles
UBSF Nova Esperança	SUL	Rua Anhumas, n. 383.	Piratininga
UBSF Mauro Rogério de Barros Wanderley – Iracy Coelho	SUL	Rua Santa Quitéria, s/n.	Iracy Coelho
UBSF Dr. Walfrido Ferreira de Azambuja Alves Pereira	SUL	Rua Filomena Segundo Nascimento, n. 812	Jd. Monumento
UBSF Maria Aparecida Pedrossian - MAPE	LESTE	Rua Manoel Padial, s/n.	Maria Ap. Pedrossian
UBSF Edson Quintino Mendes – Jd. Itamaracá	LESTE	AV. Guaicuru s/n	Campina Verde
UBSF Dr. Nelson Assef Buainain – Jd. Antártica	OESTE	Rua Ten. Antonio João Ribeiro, s/n	Jd. Antártica
UBSF Dr. Sumie Ikeda Rodrigues - Serradinho	OESTE	Rua Dr. Delmiro Golveia, n. 427.	Serradinho

Fonte: MEIRA, 2017. Coleta de campo da pesquisa na Secretaria Municipal de Campo Grande - CG.

Tabela 2 - Unidades de Saúde da Família selecionadas pelo método aleatório em João Pessoa-PB para a pesquisa "Saúde LGBT".

UNIDADE SELECIONADA	DISTRITO SANITÁRIO	ENDEREÇO	BAIRRO
USF Saúde e Vida (Ernani Sátiro, Esplanada I, João Paulo II – 2ª Etapa e Jardim Sepol)	I	Rua Dr. Maurílio de Almeida, s/n.	Ernani Sátiro
USF Presidente Médici	II	Rua Geraldo Miguel de Oliveira, 25	Cidade dos Funcionários
USF Mangabeira VI 2a Etapa	III	Rua Professora Vanda Farias Coutinho, 423	Mangabeira
USF Viver Bem (Padre Zé I, II, III e 13 de Maio)	IV	Rua Maria Dias de Oliveira, s/n.	Treze de Maio
USF Torre II	V	Av. Rui Barbosa, 367	Torre

Fonte: MEIRA, 2017. Coleta de campo da pesquisa na Secretaria Municipal de João Pessoa - JP.

Tabela 3 - Unidades de Saúde da Família selecionadas pelo método aleatório em Vitória-ES para a pesquisa "Saúde LGBT".

UNIDADE SELECIONADA	REGIÃO	ENDEREÇO	BAIRRO
UBS Maruípe	Maruípe	Rua José Luiz de Matos, s/n.	Maruípe
UBS Consolação	Maruípe	Rua Desembargador Otávio de Carvalho Lengruber, s/n.	Consolação
UBS Itararé	Maruípe	Rua Dr. Arlindo Sodré, n. 260.	Itararé
UBS Santo Antônio	Santo Antônio	Rua Ernesto Bassini, s/n.	Santo Antônio
UBS Santo André	São Pedro	Rua da Coragem, s/n.	Santo André
UBS Resistência	São Pedro	Av. Brasil, s/n.	Resistência
UBS Vitória	Centro	Rua Cais de São Francisco, n. 54.	Parque Moscoso
UBS Forte São João	Forte São João	Av. Marechal Mascarenhas de Moraes, n. 1.185.	Forte São João
UBS Jesus de Nazaré	Forte São João	R. Helena Muller, n.168.	Jesus de Nazareth
UBS Jardim da Penha	Continental	R. Francisco Generoso da Fonseca, s/n.	Jardim da Penha

Fonte: MEIRA, 2017. Coleta de campo da pesquisa na Secretaria Municipal de Vitória – ES.

APÊNDICE B

ARTIGO DE TESE

Atenção integral à saúde da população LGBT: discursos das equipes de saúde.

Comprehensive attention to the health of the LGBT population: speeches of the health teams.

Resumo

Objetivo: Compreender os discursos sobre atenção integral à saúde e preconceitos com a população LGBT nos municípios de Campo Grande, João Pessoa e Vitória, sob o olhar da equipe de profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo investigativo, descritivo, analítico, de abordagem qualitativa. Foi utilizada para o tratamento dos resultados a partir das falas dos entrevistados, a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, após coleta realizada em 2016 com profissionais das equipes de saúde. **Resultados:** a análise dos relatos permitiu identificar as temáticas da invisibilidade, do preconceito à população LGBT, a dificuldade dos profissionais da atenção básica na qualificação do ato de cuidar da saúde. **Considerações finais:** reconhece-se a integralidade como valor a ser defendido nas práticas profissionais, expressas na maneira como os sujeitos individuais e institucionais devem responder as necessidades e expectativas dos usuários que buscam o sistema e serviços de saúde.

Descritores: Integralidade em Saúde. Minorias Sexuais. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Serviços de Saúde.

Abstract

Objective: To understand the discourses about integral health care and prejudices with the LGBT population in the municipalities of Campo Grande, João Pessoa and Vitória, under the watchful eye of the team of professionals of the Family Health Strategy. **Method:** investigative study, descriptive, analytical, qualitative approach. It was used for the treatment of the results from the interviewees speeches, the

Collective Subject Discourse technique, after collection in 2016 with professionals from the health teams. **Results:** the analysis of the reports allowed the identification of the themes of invisibility, of prejudice to the LGBT population, the difficulty of the primary care professionals in the qualification of the health care act. **Final considerations:** integrality is recognized as a value to be defended in professional practices, expressed in the way individual and institutional subjects must respond to the needs and expectations of users who seek the health system and services.

Keywords: Integrality in Health. Sexual Minorities. Family Health Strategy. Primary Health Care. Health Services.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI-LGBT), de 2010, reconhece os efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença-cuidado desta população. Suas diretrizes e seus objetivos estão voltados para o direito social à saúde, objetivando redução das desigualdades correlacionadas à saúde destes sujeitos sociais, dando visibilidade ao movimento e aos usuários ⁽¹⁾.

O combate à discriminação é a defesa de direitos que devem ser compreendidos não sob a ótica da criação de novos direitos, mas sob o correto prisma da aplicação, indiscriminadamente, dos direitos humanos a todos.

A atenção integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema Único de Saúde. A integralidade é compreendida como atenção no cuidado de sujeitos, grupos e coletividade, percebendo ao usuário como sujeito histórico, social e político, familiar, coletivo em sua complexidade do território onde habita, trabalha e convive e pertencente a um ambiente ao qual está inserido. Neste cenário se evidencia a necessidade de articular as ações e serviços de saúde como elemento produtor de aprendizagem e saber coletivo, nos modos de cuidar de sua saúde, com autonomia e emancipação.

A histórica crise da política de saúde, expressa na insatisfação na oferta (atenção à saúde ofertada) pelo conjunto dos serviços, que, efetivamente, não se organiza como rede, mas como serviços independentes, como uma 'colcha de

retalhos', com padrão mínimo, ou nenhuma articulação para a produção dos cuidados em saúde, contexto que afeta visceralmente a resolução dos problemas no espaço organizacional (2-3-4-5).

A discriminação e exclusão social constitui violação do direito à saúde. Trazer o debate sobre as diferenças é fundamental quando pautamos o tema sobre justiça e liberdade, pois caracteriza e influencia na formação da identidade cultural e dos sujeitos; na estrutura de valores e as relações que os sujeitos estabelecem, sem deixar de considerar a ampla diversidade que qualifica os seres humanos, contribuindo decisivamente na estruturação e desempenho das organizações de uma sociedade.

Para tanto é necessário a construção de novas práticas no cotidiano dos serviços de saúde, embora identifique forte descompromisso com o enfrentamento dos problemas de saúde, onde o cuidado não se realiza como uma missão institucional. Faz aposta nas tecnologias leves, relacionais, e a construção de vínculos com responsabilidade e compromisso para o remodelamento do modelo de saúde, para a produção de vínculos e a resolubilidade em defesa da vida.

O interesse por esse estudo se deu pela relevância social da temática, onde se atesta que estigmas⁽⁶⁾ foram criados em relação à população LGBT e, muitas vezes, demonstrado nos cotidianos institucional e social, através de preconceito, indiferença e invisibilidade, culminando com a negação ao direito a uma saúde digna às pessoas LGBT, no contexto da atenção e do cuidado, contribuindo para fortalecer o 'ato' de cuidar desta população.

Neste estudo o conceito de acesso está relacionado a uma política social e de saúde voltada para sujeitos históricos de desigualdades sociais, pelo processo discriminatório e estigmatizante que enfrentam no seu viver cotidiano. Considera-se ainda que devem ser observadas, para realização do acesso aos serviços de saúde, barreiras econômicas, organizativas, sociais, informativas, geográficas e comportamentais.

OBJETIVO

Compreender os discursos sobre atenção integral à saúde e preconceitos com a LGBT sob o olhar da equipe de profissionais das equipes na Estratégia Saúde da Família nos municípios de Campo Grande-MT, João Pessoa-PB e Vitória-ES.

MÉTODO

Questões Éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que aborda as experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, momentos sociais da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis, nos municípios de Campo Grande-MT, João Pessoa-PB e Vitória-ES. ⁽⁷⁻⁸⁾.

Os participantes foram os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios estudados, cujos critérios de inclusão se deram pela participação destes profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família no âmbito da Atenção Básica, por equipe selecionada. Foram excluídos os que não faziam parte deste universo.

Técnicas de coleta e análise

Para coleta dos dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde por equipe pesquisada, totalizando 120 sujeitos. O cálculo amostral foi definido a partir dos critérios acordados na pesquisa nacional, multicêntrica “Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, com financiamento do Ministério da Saúde.

A análise do discurso se deu pela técnica do sujeito coletivo, a partir do *QualiQuantSoftware*, que possibilitou construir o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) ⁽⁹⁾. Trata-se de um discurso-síntese que reconstitui as falas dos sujeitos, preservando a sua dimensão individual vinculada a sua dimensão coletiva ⁽¹⁰⁾.

Os discursos decorrem do significado atribuído às três dimensões que compõem os universos da realidade dos seres humanos de cada momento histórico, organizados nesta pesquisa: a invisibilidade do preconceito a população LGBT introyetado nos discursos dos profissionais de saúde; a dificuldade dos profissionais

da atenção básica quanto à qualificação para atendimento da população LGBT; e a oferta das ações e serviços de saúde.

RESULTADOS

No que diz respeito à primeira dimensão de análise, nos discursos dos profissionais de saúde que seguem, verificam-se:

Primeira dimensão - Invisibilidade do preconceito a população LGBT introjetada nos discursos dos profissionais de saúde.

As vezes na consulta ou na visita domiciliar, chegam aqueles afeminados que são cheios de trejeitos, o jeito de falar e se comportar. A maioria que vem, já vem transvertido, teve um que veio de vestido longo (risada). Não tem como não perceber não, pedem pra chamar pelo nome que eles adquiriram, eles se mostram, é público, não tenho preconceito. (D1).

Os pais, quando recebem a notícia que tem um filho diferenciado, vem fazer suas queixas, choram, desabafam e pedem ajuda para a gente mostrar o outro lado da vida para eles e a gente atende, eu atendo todo mundo. (D2).

Por exemplo, atendemos um que é do sexo masculino, mas se veste e age como menina. (D3).

Um comenta de cá, outro de lá, você percebe, tá na cara, já tem um pouco daquele olho clínico que percebemos. Geralmente a gente não entra nesse mérito de perguntar, talvez a população seja maior e a gente não tem essa dimensão. O transexual, ai fica mais óbvio. Na visita domiciliar tem um casal que só um rapaz que me atende, o outro fica no quarto, ele não sai pra conversar comigo, eu acho que é vergonha, talvez ele pense que vou recriminar ou julgar,

entendo assim. Mas é totalmente sigiloso. (D4).

Entretanto, observa-se no depoimento seguinte, que quando existe algum familiar LGBT, passa a vigorar uma atenuação em relação a discriminação, um olhar menos discriminatório por parte dos profissionais de saúde.

Tenho minha mente bem diferente de muitas pessoas pelo fato de eu ter um filho gay, então eu já não tenho esse preconceito, aquela coisa que assusta, tem gente que acha que isso é coisa de outro mundo, eu acho que no mundo que nós vivemos, se todos se respeitassem não estaria do jeito que tá. (D5).

As teorias da justiça se concentram predominantemente em como estabelecer 'instituições justas' e atribuem um papel acessório e secundário aos traços comportamentais⁽¹¹⁾. Esse foco nas instituições e não contemplar efetivamente a vida real dos sujeitos, tem muitas implicações de longo alcance para a natureza e o alcance da ideia de justiça ⁽¹¹⁾.

Esse foco é fundamental quando são combatidos os preconceitos sexistas, classistas, o estigma, que a população LGBT enfrenta, cotidianamente, bem como a tolerância silenciosa a essas formas opressoras de intolerância no cotidiano dos muitos sujeitos e de instituições de saúde.

Se por um lado esse processo também capilarizou mudanças significativas nos espaços institucionais e no cotidiano dos sujeitos, produzindo mudanças nos valores, desejos, costumes, e, conseqüentemente, na moral dos sujeitos em sociedade. Por outro, continuamos convivendo na rotina com condições que propiciam o aumento das desigualdades; das instabilidades políticas, econômicas; e da deterioração ambiental e cultural.

Ampliando a abordagem, observa-se assim que a compreensão dos profissionais de saúde sobre a política nacional LGBT é de desconhecimento. Conforme mostram os seguintes discursos:

Política? Não conheço nada, nunca ouvimos falar, nem sei te dizer nada sobre isso, não me interessa muito por essa questão política e de lei. Não sei, nem quis ver, nem tive tempo pra ler, não conheço leis específicas e essas coisas não. (D6).

Conheço, mas não sei te falar sobre ela profundamente, sei que existe, não posso dizer que eu conheço por que você vai me perguntar e eu não vou saber te responder, nunca parei pra ler, vou ser sincera, (risos), desconheço. (D7).

Não conheço nada sobre a política, nem sabia que existia. Eu vejo muita briga nesse meio, eu conheço mais pelas brigas, porque LGBT eles querem os direitos como todo cidadão e tem outros que batem de frente, hoje na imprensa são as brigas que existem, eles querem ter algo exclusivo para eles, é o direito deles. (D8).

O arcabouço jurídico, de normas e de princípios que possibilitaram ganhos importantes, no que tange à legislação escrita, em nada reverberam na cotidianidade das pessoas LGBT, não sendo possível identificar mudanças de práticas no dia a dia dos sujeitos e profissionais de saúde, referentes à implantação e objetivos da Política Nacional para a população LGBT.

Segunda dimensão - A dificuldade dos profissionais da atenção básica quanto a qualificação para atendimento da população LGBT.

No cenário dos serviços de saúde marcado pelas contradições do Sistema Único de Saúde (SUS), as relações sociais entre profissionais, usuários e sociedade, e a produção de subjetividade que se efetiva nesse processo, são elementos que não podem ser considerados separadamente.

Nos discursos seguintes, voltados para o cuidado à população LGBT, observa-se a necessidade de ressignificação das práticas em saúde:

Não estamos preparadas para esse tipo de atendimento, a primeira pessoa que eu atendi ficou na minha história, por conta de ser um menino e a mãe tinha dois filhos, os dois filhos queriam fazer mudança de sexo, um deles conseguiu um poder aquisitivo bom, era um menino estudado ele fez a mudança. (D9).

Não sabíamos lidar com a situação do casamento gay quando foi liberado, também temos nossos valores, nossa cultura. (D10).

Eu digo pela minha história, fui criada em colégio interno durante 9 anos com as freiras, então uma profissional como eu, com um histórico de vida como o meu é difícil aceitar. Então sou uma pessoa que traz um histórico, por isso eu antes de falar de qualquer um falo de mim, tenho muitas dificuldades. (D11).

A Secretaria de Saúde deveria dar mais capacitação, ainda vemos que alguns colegas têm dificuldade para falar com esses pacientes. (D12).

Teve uma que veio de vestido, mas ela chegou com muita prepotência, primeiro ela foi falar com a gerente, depois que ela foi para a gente, já chegou com pedras na mão. Aí conversamos bastante com ela, orientamos, eu acho que ela achou que a gente não ia tratar bem, que é o que acontece, na realidade, com essas pessoas, não é fácil. (D13).

A compreensão dessa fragilidade na condução da atenção integral às pessoas LGBT deve ser acompanhada de uma preocupação em ir além das aparências. Significando assim, lutar para imprimir o produto das invenções subjetivas no cotidiano das relações sociais. A integralidade deve ser enfocada não apenas como um pressuposto do SUS, garantida constitucionalmente, mas, também, como uma

'bandeira de luta', parte de uma 'imagem objetiva' para um enunciado de novas práticas institucionais e no sistema de saúde, que são consideradas, por muitos, como desejáveis.

Terceira dimensão - Oferta das ações e serviços de saúde referidos pelos profissionais de saúde da atenção básica para o cuidado a população LGBT.

O conceito de saúde, observado, através da prática dos profissionais de saúde, inferem significados para o processo de saúde-doença-cuidado onde se evidencia que os profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) operam uma destituição da autonomia da pessoa LGBT sobre si mesmo e sua saúde, além de demonstrarem práticas não inclusivas, segmentadas, que gerem menor acesso aos usuários LGBT. São práticas dominantes na organização do processo de trabalho nas unidades, fragmentado e médico centrado, tendo como objeto o corpo biopsíquico, resultado disciplinar de poder de uma organização subjetiva e social, conforme evidencia-se nos discursos:

Deveria ter uns grupos, que envolvessem eles, abordar mais sobre temas como você manter um sexo seguro, uma vida mais saudável. (D14).

Todos são iguais, acho que por ser da população LGBT não condiz com a prioridade. O PSF acompanha o paciente num todo, priorizando os hipertensos, os diabéticos, gestante, criança, idoso, hanseníase, TB, eixos prioritários, o PSF eu vejo como uma mãe. (D15).

Deveria fazer alguma ação voltada só para esse público, para eles se sentirem mais acolhidos, eles verem que a gente tem essa capacidade de dar o atendimento sem discriminação, dar atenção médica, informar sobre as patologias, fica mais fácil você controlar, em relação a medicina, deveria ser igual. (D16).

Oferecer apoio para essa população LGBT, cuidar desses tipos de doenças, as DST's, o HIV, fazer a prevenção, a educação, seria o ideal tratar as doenças, aqui vemos pouca discriminação, tratamos igualmente, não tem diferença no atendimento que eu faço pra esse tipo de pessoa, e os outros pacientes, são iguais. (D17).

Observa-se que os saberes em saúde reproduzidos pelos profissionais, são organizados a partir de uma prática individual. Este modo de subjetivação reproduz relações de poder, que passam a ser exercidos na prática através das instituições de saúde. É uma forma de poder disciplinar, da imposição de regras aos corpos dos indivíduos, através de um olhar panóptico e estratégias de segregação e desqualificação do outro que se dispõe a estar fora das normas instituídas socialmente⁽¹²⁾. Assim, pode-se inferir que a formação profissional desses sujeitos foi organizada em lógica similar, reproduzindo no cotidiano institucional da saúde o saber que adquiriram nas Instituições de Ensino Superior e Técnico, durante o seu constructo formativo.

DISCUSSÃO

Enquanto ser social, o sujeito se conforma como síntese de inúmeras determinações sociais. Essas potencialidades só se materializam, efetivamente, na práxis social. Essa afirmativa rompe com a ideia de uma unidade aceitável, atribuída ao sujeito, com a ideia de um ser anterior que permanece. O sujeito como ser político não está dado, se configura nos dados da experiência, na conexão com os acontecimentos que acontecem nos diversos encontros vividos com o outro ⁽¹³⁾, assim, observou-se a invisibilidade do preconceito à população LGBT embutido nos discursos dos profissionais de saúde, quando se observa uma afirmação que todos são iguais nos serviços de saúde. O discurso da igualdade referido pelos profissionais conflitua com o entendimento sobre a equidade e faz reducionismo do conceito saúde-doença, apresentado através de práticas dominantes na organização do processo de trabalho nas unidades, fragmentado e médico centrado, se desresponsabilizando pelo cuidado integral e assim, reforçando sua invisibilidade.

Nesse sentido, a luta por equidade para os sujeitos coletivos pode construir capacidades e forças capazes de influenciar o formato institucional responsável pela implantação das políticas e a consequente produção de ações e serviços voltados ao enfrentamento das iniquidades enfrentadas pela população LGBT. Coloca-se o entendimento de que o conceito de equidade contém, intrinsecamente, o princípio da diferença, debate necessário para construção de práticas integrais na atenção à saúde. Por sua vez, a condição de iniquidade é fator intrínseco à estrutura de exploração, consumo e opressão de uma categoria por outra dominante, expressa na saúde por ações de medicalização, invisibilidade de necessidades dos sujeitos, descuido e esvaziamento do conceito de saúde para o mero acesso a bens e serviços.

Assim, a equidade deve ser fomentada enquanto expressão da reivindicação, não por fragmentações ou focalizações da política de saúde, e sim pelo entendimento da impossibilidade de se ter saúde quando se é submetido à discriminação, preconceito, invisibilidade, enfrentados pela população LGBT.

Os contextos situacionais, como processos resultantes de construções sociais, políticas e econômicas, priorizam, historicamente, a produção de dominação e exclusão social. O entendimento quando faz referência aos conflitos que permeiam a igualdade e a desigualdade, se dá quando ambas surgem por normas e regras. Os sujeitos são feitos iguais, criando um grupo a partir do aproveitamento de determinado conjunto de normas e regras; alternativamente, os sujeitos são feitos desiguais pelo aproveitamento de diferentes normas e regras aos membros em outro agrupamento ⁽¹⁴⁾.

Essa é uma realidade encontrada praticamente em todos os lugares e demonstradas em padrões diversos, como: desigualdades sociais crescentes; persistência do analfabetismo; as violências crescentes e discriminações culturais, de identidade de gênero, de orientação sexual e de raça; a crescente concentração de renda e desarmonia ambiental; das intolerâncias; das sujeições e, conseqüentemente, uma ameaça às condições de existência dos que ainda estão por vir.

No que tange à oferta das ações e serviços de saúde referidos pelos profissionais de saúde da atenção básica para o cuidado à população LGBT, a gestão e organização da saúde, o processo e as relações de trabalho que neles se configuram, apresentam uma desvalorização da vida individual e coletiva,

sustentada por argumentos como falta de recursos e políticas de sucateamento do setor público de saúde, que acarretam uma má qualidade no acesso aos serviços. Retira totalmente qualquer responsabilização dele enquanto profissional de saúde, manifesta na apatia burocrática, no corporativismo, na omissão, desresponsabilização, na postura ética entre profissionais e destes para com os usuários. Historicamente, a medicina ocupa lugar de destaque dentro desse campo de saber e tem grande reconhecimento social. Sustentando o paradigma dominante das ciências da saúde, é histórica e socialmente determinada como resultante das condições objetivas de existência, sem esquecer, que as crenças, valores, estilos de vida merecem também destaque para essa compreensão, onde o processo saúde doença é determinado pelas diferentes formas que o homem se apropria da natureza em um tempo histórico, apropriação que se realiza a partir de um processo de trabalho com base em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção ⁽¹⁵⁾.

A banalização e a tolerância social cada vez maiores com as injustiças sociais e o sofrimento infligidos a outrem em nossa sociedade, produzem mecanismos que funcionam como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da adversidade social ⁽¹⁶⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação de elementos de solidariedade, alteridade e reconhecimento do outro como sujeito autônomo da atenção e do cuidado em saúde, conformam o grande desafio para a utopia da integralidade. Essa reflexão aponta que o conjunto das iniquidades social e de saúde são contrastantes com a efetivação do cuidado integral no sistema e serviços de saúde, inviabilizando-a.

Cabe assim defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de atenção e de gestão na saúde, ou melhor, um valor a se expressar na maneira como estes sujeitos individuais e institucionais devem responder às necessidades e expectativas dos usuários que buscam o sistema e serviços de saúde.

A desqualificação técnica é um problema tão importante de ser enfrentado quanto ao modo que possibilita sua ressignificação, considerando a constituição da vida, para além do biológico, bem como o papel ativo dos usuários no

desenvolvimento de projetos terapêuticos e na condução de seu modo de viver, construindo assim, estratégias de aprendizagem que possibilitem a produção do cuidado com foco na tecnologia comunicacional, pois a formação das diferentes profissões da saúde tem sido fortemente centrada no campo dos procedimentos. Outro enfrentamento necessário deve ser o estabelecimento de alteridades nas relações entre os profissionais de saúde e usuários LGBT, respeitando a vida e seus diferentes modos de existência.

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) deve ser priorizada como política municipal estratégica, facilitadora para as mudanças de práticas de saúde na atenção e na construção de integralidade na gestão do SUS para o enfrentamento de preconceitos arraigados no cotidiano institucional da saúde. Deve também ser imbricada com mudanças nas práticas educacionais, nas instituições formadoras, como um movimento positivo que gere outros que fortaleçam possíveis mudanças nas instituições de saúde.

Assim, processos educacionais, no e para o trabalho dos profissionais envolvidos com a estratégia saúde da família, através da EPS, são de extrema importância para a organização do trabalho como eixo definidor e configurador de processos educacionais, para potencializar o trabalho das ESF e, conseqüentemente, fortalecer um cuidado com equidade e integralidade nas instituições de saúde, transformação das práticas de saúde, mediante ações de integralidade, responsabilização e vínculo em movimentos de mudança de práticas de atenção, gestão e de formação para o SUS e em defesa da vida.

Nesse sentido, imprimir a luta por equidade, pelos sujeitos coletivos, construir capacidades e forças capazes de influenciar o formato institucional responsável pela política de saúde tornando-a mais participativa, e por conseqüente, a produção de políticas, ações e serviços voltados ao enfrentamento das iniquidades às quais estão sujeitas as pessoas LGBT.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria Nº 2.836 de 1 de dezembro de 2011. Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Ministério da Saúde. Brasília-DF; 2011.
2. Merhy, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Merhy, E. E.; Campos, G. W. S.; Cecílio, L.C.O. (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
3. Merhy, EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R. (Orgs.). Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.
4. Merhy, EE. Saúde a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Merhy, EE et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2004.
6. Goffman, E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução Maria Bandeira de melo Leite Nunes. 4.ed. Rio de Janeiro: LTC; 2015.
7. Minayo, MCS.; GOMES, S.F.D.R. Pesquisa Social – Teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis-RJ: Vozes; 2013.
8. Marconi, MA.; Lakatos, EM. Técnicas de Pesquisa: Planejamento e execução de pesquisas; Amostragem e técnicas de pesquisa; Elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2013.
9. Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. 2. ed. Caxias do Sul: Edusc; 2005.
10. Lefèvre, F.; Lefèvre, AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: Representações Sociais e Intervenções Comunicativas. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Abr-Jun, 2014; 23(2): 502-507.
11. Sen, A. The Idea of Justice. First Havard University: Press paperback United States of America; 2011.
12. Foucault, M. Microfísica do Poder. 7. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1979.

13. Deleuze, G. Empirismo e Subjetividade: ensaio sobre a natureza humana segundo Hume. Tradução L. B. L. Orlandi. São Paulo: Editora 34; 2001.
14. Heller, A. O cotidiano e a história. Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 6a ed. São Paulo: Paz e Terra S/A; 2000.
15. Laurell, ACA. Saúde-doença como processo social. In Medicina Social: aspectos históricos. São Paulo: Global, 1983.
16. Dejour, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1999.

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

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

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

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

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

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

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

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

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

ANEXO B

ANÁLISE DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS ESTAÇÃO MINAS GERAIS

ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS

DADOS DO (A) ENTREVISTADO (A):

Idade:		
Função/Cargo:		
Há quanto tempo exerce essa função na Unidade?		
Já exerceu essa atividade em outra UBSF?		
Em caso positivo, por quanto tempo?		
Tempo de Formado:		
Instituição de Formação (Graduação):		
Possui Residência ou Especialização?		
Em caso positivo, em que área?		
Data:	Hora início:	Hora encerramento:
Nome do/a Entrevistador(a):		

Inicialmente o pesquisador deverá contar um pouco sobre a pesquisa e de seus objetivos. E deverá falar do processo de escolha desta unidade básica de saúde.

PERGUNTAS:

Bloco A: Papel da Unidade de Saúde da Família na rede de atenção à saúde no seu município

1A. Em sua opinião, qual o papel da USF na rede de atenção à saúde do seu município?

2A. A nossa pesquisa trabalha com dois conceitos: acesso e qualidade. Em sua opinião, o que seria o acesso? E a qualidade?

3A. Você acredita que existam grupos populacionais da área de abrangência da USF que você atua que tenham dificuldade para acesso a esse serviço de saúde?

3A.1. Se **sim**: Quais são esses grupos e quais dificuldades eles encontram?

3A.2. Se **não**: Por quê?

Bloco B: A Unidade de Saúde da Família e o atendimento à população LGBT (acesso)

1B. Existe na área de abrangência da USF em que você atua, algum(a) paciente da população LGBT?

2B. Como você soube que ele(a) era LGBT? [Interrogar sucintamente sobre histórias da(s) experiência(as) com outros profissionais (da equipe ou não)].

3B. Em algum momento de sua atuação nessa USF, você atendeu a alguém da população LGBT?

Se **sim**:

3B.1. Me conte como foram(o) esse(s) atendimento(s).

3B.2. Você sentiu que estava preparado(a) para esse atendimento?

3B.3. Quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.4. Quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.5. Após o atendimento deste (a) houve vinculação desse (a) paciente à USF? Se sim, como você percebeu que esse vínculo foi estabelecido?

3B.6 Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT em sua equipe?

Se **não**:

3B.7 Por que você acha que nenhum paciente da população LGBT procurou a USF?

3B.8 Você considera que esteja preparado para atender a pacientes dessa população? Por quê?

4B. Quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

5B. Quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

6B. Em sua opinião, quais as condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais atualmente?

7B. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

8B. Como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT na rede de atenção à saúde na cidade do Recife?

9B. Se o(a) entrevistado(a) considerar que não há as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT, interrogar como ele(a) acredita que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na USF e na rede de atenção à saúde do município.

10B. O que você acredita que deva ser de responsabilidade da USF no cuidado em saúde a essa população?

11B. Como você percebe a relação dos(as) ACS de sua equipe com a população LGBT?

12B. Os Agentes Comunitários de Saúde trazem para a Unidade Básica demandas vindas da população LGBT?

12B.1. Se sim, quais?

12B.2. Se não, por que você acredita que eles não trazem essas demandas?

13B. Em sua opinião, os (as) ACS estão preparados (as) para identificar/atender às demandas dessa população? Por quê?

14B. Em sua opinião, os (as) demais membros da equipe estão preparados (as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

Bloco C: A organização e qualidade da atenção à saúde da população LGBT (qualidade)

[Agora vamos avaliar a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelas equipes Saúde da Família]

1C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

2C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

3C. Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a forma (organização) e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

4C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

5C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

6C. Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a forma (organização) e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT no sistema de saúde municipal de saúde?

7C. Você identifica, na rede de saúde de seu município, outros pontos de atenção à saúde da população LGBT?

7C.1. Se sim, quais?

7C.2 Como você observa que tem sido a relação entre as USF com os demais pontos da rede de atenção integral à saúde da população LGBT?

7C.3 Se não, quais pontos você acha que deveriam existir para prestar atenção em saúde a essa população?

8C. Em sua opinião, o cuidado em saúde integral a essa população deva ser prestado na USF ou em um ambulatório específico para atender às suas demandas? Por quê?

Bloco D: A política de saúde integral LGBT

1D. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBT? **[Caso não, pule para questão 6D].**

2D. Se conhece, qual a sua opinião a respeito dela?

3D. Você acredita que essa política atende às demandas dessa população? Por quê?

4D. Como você avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em sua USF?

5D. Como avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em seu município?

6D. Na sua opinião deve existir uma política específica de saúde integral para a população LGBT?

7D. Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação/informação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?

7D. Se sim, conte-me sobre essa experiência.

8D. Você participou de alguma capacitação sobre saúde da população LGBT pela Secretaria Municipal de Saúde? Quando?

Bloco E: Outros

1E. Existe algo relacionado ao tema dessa pesquisa/entrevista que eu não tenha perguntado e que você gostaria de falar a respeito?

2E. Como foi para você, participar desta entrevista?

3E. Alguma sugestão para melhorar a entrevista?

ANEXO C

OFICINA – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Participantes: 10 a 12 participantes de um dos diferentes segmentos da população LGBT

Tempo: aproximadamente 1h30

PREPARATIVOS PRÉ-OFFICINA

A) Recrutar e selecionar participantes

- 1 - Realizar primeiro contato com potenciais participantes
 - Entrar em contato com possíveis participantes
 - Esclarecer como conseguiu o contato do participante, explicar o objetivo e a forma de participação na oficina
 - Apresentar o TCLE
 - Tirar dúvidas sobre a pesquisa e a oficina
- 2 - Realizar segundo contato com potenciais participantes
 - Confirmar participação
 - Orientar sobre local de realização
 - Atentar para a importância de chegar no horário para início da oficina. Atrasos de mais de 10 minutos impossibilitarão a participação.
 - Se possível, já coletar o TCLE e ficha com dados sócio-demográficos

OBS: O contato inicial deve ser feito por um dos coordenadores da oficina, pois isso facilita que a pessoa tenha o coordenador como referência inicial em um contexto de oficina completamente desconhecido.

OBS: Realizar uma oficina apenas quando tiver confirmado o número suficiente de participantes

2 Preparar contexto e materiais:

- Lugar silencioso, restrito, bem arejado e de fácil acesso aos participantes

- Sala com cadeiras suficientes e dispostas no formato de círculo
OBS: as cadeiras dos coordenadores ficam no círculo
- Parede onde se possa colar folhas e cartazes
OBS: é importante que na sala não tenha outros estímulos presentes, como cartazes, imagens, mesa com lanche, telefone, etc.
- Cartazes com os dizeres “Concordo”, “Discordo”, “Tenho Dúvidas” (com letras grandes)
- Crachás para cada um dos participantes (inclusive os coordenadores)
- Canetinhas estilo pincel
- Papel sulfite
- Canetas
- Fita crepe
- Cópias do TCLE para todos os participantes
- Lista impressa com as frases do “Aquecimento específico”
- Tabela impressa para anotar os resultados da fase do “Aquecimento específico”
- Lista impressa do texto a ser lido no “Desenvolvimento”

COORDENAÇÃO DA OFICINA

- No dia da oficina, iniciar a oficina apenas se todos os que confirmaram a participação estiverem presentes (ou no mínimo 8 pessoas).
OBS: Caso alguém esteja atrasado, informar a todos que esperarão 10 minutos para iniciar a oficina, dada a importância que todos estejam presentes desde o início.
- Sala de Espera (antes de entrar na sala, enquanto os participantes esperam para iniciar a oficina): preencher ficha com dados sócio-demográficos.
- Apenas quando for iniciar a oficina propriamente dita, convidar os participantes para entrarem na sala.
- Esclarecer que cada um pode se sentar onde preferir.
OBS: A dupla de coordenadores pode se sentar junta ou separada.

OFICINA

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se
- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de participação).
OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura
- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Distribuir crachás e canetinhas e pedir que anotem o nome
OBS: respeitar o nome social das pessoas
OBS: fazer cada uma dessas ações antes de prosseguir para a seguinte.
- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

- 1) o próprio nome
- 2) uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ex: Ana Alegre, Beatriz Bela, Carlos Corajoso, etc), ou o mais próximo possível. Para quem tiver nomes com letras que não combinam com alguma característica, pode simplesmente falar a característica mais marcante que tiver. Contudo, de preferência, uma característica com a primeira letra do nome.
- 3) e completando a seguinte sentença (de acordo com a orientação sexual/identidade de gênero do grupo da oficina): Exemplos: (no grupo com gays) “Para mim, ser gay é...”; ou (no grupo com lésbicas) “Para mim, ser lésbica é...”, ou (assim, sucessivamente) “Para mim, ser bissexual é...”, ou “Para mim, ser travesti

é...”, ou “Para mim, ser mulher transexual é...”, ou “Para mim, ser homem transexual é...”

- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao serviço de saúde, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.
- Colocar, um ao lado do outro, no chão, os cartazes Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas.

OBS: Cuidar para que façam isso de forma calma. Se estiverem correndo, muito agitados, pedir para fazerem com calma, reflexivamente. É importante que seja feita de forma calma para não ter uma quebra no ritmo com o próximo exercício.

OBS: Evitar posicionar os cartazes no chão ao mesmo tempo que faz a explicação do exercício para que não haja dispersão dos participantes e cause dúvidas.

OBS: Para fins da pesquisa, deve-se anotar para saber quantos ficam em cada item. Um dos coordenadores fica responsável por anotar na tabela, enquanto o outro conduz o exercício com a leitura das frases.

Tabela para anotação de quantas pessoas se posicionam em cada opção a cada questão.

Questão	Concordo	Discordo	Tenho Dúvida
1			
2			

3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			

- Fazer um exercício como exemplo:

Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concorde, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas

- Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

Lista das frases a serem lidas:

1. Eu cuido bem da minha saúde.
2. Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.
3. Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.
4. Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.
5. Na minha opinião, os serviços de saúde estão preparados para me atender.
6. A identidade de gênero/orientação sexual* do paciente influencia no atendimento em saúde.

7. Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual.*
8. Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha identidade de gênero/orientação sexual.*
9. Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.
10. Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.
11. Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.
12. O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.
13. Penso que devo ser atendido (a) nos mesmos locais que o resto da população.

*Importante: Quando a oficina for de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, utilizar o termo “identidade de gênero”. Quando a oficina for de gays, lésbicas e bissexuais, utilizar o termo “orientação sexual”.

- Após a leitura de cada uma das frases, solicitar que todos andem pela sala, se olhem, vão conversando e acabem por escolher alguém para montar uma dupla para o próximo exercício, em que terão que conversar sobre saúde.
OBS: caso haja um número ímpar de participantes, formar um trio.
- Checar se as duplas foram formadas e pedir para que se sentem em círculo novamente, no mesmo lugar que estavam antes.
OBS: é importante que se sentem nos lugares que estavam antes do exercício para, potencialmente, as duplas se sentarem separadas. Isso evitaria um contexto de muita proximidade que poderia dificultar o exercício da lembrança.

Desenvolvimento (tempo aproximado de 30 minutos):

- Pedir que todos respirem calmamente e profundamente por três vezes.
OBS: se estiverem agitados, pedir para respirarem mais vezes até se acalmarem.

- Contar aos participantes que esse exercício se chama “Um atendimento marcante em saúde”. Solicitar a eles que adotem uma postura confortável na cadeira, abaixem a cabeça, e façam esse exercício de lembrança:

Pedir que todos encostem as costas na cadeira, tenham braços/mãos sobre as pernas, pernas descruzadas e com os pés no chão, em paralelo, e a cabeça abaixada. Não é necessário fechar os olhos. Cheque se estão todos nessa posição. Caso alguém não esteja, repita essa instrução para todos os participantes.

- Depois de todos estarem numa posição adequada, leia lentamente, com pausas, o trecho abaixo:
 OBS: A leitura deve ser feita de modo a ajudar o grupo a ir se lembrando de situações. À medida que se lê, os participantes imaginam. O ritmo deve estar adequado a esse objetivo.

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

- Pedir ao grupo: “Agora, calmamente, junte-se à sua dupla, sente-se ao lado dela, e conte o que ocorreu com você. Conte apenas o que você se sentir confortável”.

- Dar 10 minutos para que conversem.

OBS: Esse exercício pode trazer algumas lembranças desconfortáveis para algum participante, o que é esperado quando conversamos sobre saúde e doença. Eventualmente, apesar de pouco provável dado o contexto da pesquisa, isso pode gerar algumas emoções a mais. Caso a pessoa esteja sob controle (ou seja, são apenas algumas lágrimas mas ela está conversando com o outro), não é preciso fazer nada. Caso alguém se emocione um pouco mais (não consiga estar nem conversando com o outro), é importante que um dos coordenadores se aproxime da pessoa, e pergunte se ela precisa de alguma ajuda. Tipicamente, ela contará a situação promotora do desconforto. O fato de ser ouvida já promove o acolhimento suficiente para que se possa continuar o exercício. Então, é possível convidar a dupla para contar sobre a lembrança dela.

- Checar se terminaram e fazer um novo pedido.
- Entregar uma folha a cada dupla e solicitar: “Baseado nas experiências de vocês, escrevam algumas dicas para os profissionais de saúde fazerem um bom atendimento com as mulheres transexuais” (modificar de acordo com segmento que está participando da oficina.)
- Dar 10 minutos para que cada a dupla faça sua lista.

OBS: a lista deve conter sugestões dos dois membros da dupla. Elas não precisam ser consensuais. O importante é a riqueza e a variedade das dicas.
- Pedir a todos que colemb na parede essas dicas.
- Após todos terem colado as dicas na parede, convidar para que todos visitem e leiam o painel de dicas, em silêncio.

Comentários (tempo aproximado de 30 minutos):

- Abrir os comentários, perguntando o que os tocou durante a oficina.

OBS: Sempre chamar as pessoas pelo nome que consta no crachá.

- Explorar as observações dos participantes.

OBS: Sequencialmente, procure: 1) ouvir alguns participantes sobre o que os tocou; 2) identificar temas que se repetem nas falas desses participantes; 3) fazer perguntas sobre esses temas; 4) convocar os participantes a opinarem sobre esses temas; 5) encerrar a conversa, resumindo os temas mais debatidos.

- Ao final, agradecer a participação de todos.
- Apenas após esse encerramento, desligar o gravador.
- Após terminar a oficina, recolher e guardar todas as listas afixadas na parede. Eles serão material a ser analisado.

ANEXO D

OFICINA – ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT

Objetivo: identificar e refletir sobre o acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Tempo: aproximadamente 1h30

OFICINA

Apresentação (tempo aproximado de 15 minutos):

- Apresentar-se
- Agradecer a presença de todos
- Retomar os termos do TCLE (objetivo da pesquisa e condições de participação).

OBS: Caso não tenha sido feito no contato anterior com o participante, distribuir o TCLE, ler conjuntamente e pegar a assinatura

- Informar que vai ligar o gravador, após ter coletado TCLE e a ficha
- Fazer o contrato: objetivo, duração, ir ao banheiro, desligar celular, importância da participação, não há certo ou errado, importância da conversa entre todos, falar um de cada vez, respeito mútuo, sigilo entre as pessoas sobre o que vão conversar ali, e perguntar se tem mais alguma regra que alguém gostaria de propor para que todos tenham uma conversa produtiva

Aquecimento inespecífico (tempo aproximado de 5 minutos):

Pedir aos participantes que se apresentem, um de cada vez, falando 3 coisas:

- 1) O próprio nome
- 2) Uma qualidade pessoal que se inicia com a primeira letra do seu nome (ou uma característica marcante)
- 3) Completar a frase “Para mim ser L ou G ou B ou T ou é...”

- Após explicar, dar um exemplo: “Eu sou Gilberto, sou guerreiro e pra mim ser gay é amar os homens”
- Após dar a instrução, perguntar quem quer começar.
- Seguir, até todos se apresentarem.

Aquecimento específico (tempo aproximado de 10 minutos):

- Orientar os participantes que vão conversar sobre ir ao **serviço de saúde**, os motivos de ir, o que acham do serviço prestado.
- Instruir que todos fiquem em pé e à medida que você ler algumas frases eles devem ir para um dos locais, conforme sua opinião pessoal de Concordo, Discordo, Tenho Dúvidas (Fazer com calma).
- Fazer um exercício como exemplo:

Leia “Adoro rapadura” e pedir para que eles se desloquem para o local do Concordo, ou Discordo, ou Tenho Dúvidas

- Se todos tiverem entendido, passar para a leitura das outras frases.

OBS: à medida que lê cada frase e eles se deslocam, peça para que se olhem entre si e vão vendo os “resultados” de cada frase, ou seja, quantos e quem está em cada grupo. Isso vai gerando proximidade no grupo e fomentado reflexões sobre quem são eles e o que pensam.

Tabela para anotação de quantas pessoas se posicionam em cada opção a cada questão.

Questão	Concordo	Discordo	Tenho Dúvida
Eu cuido bem da minha saúde.			
Eu converso com outras pessoas sobre questões de saúde.			
Sempre que preciso procuro o serviço de saúde.			
Os profissionais de saúde são as pessoas que melhor podem cuidar da minha saúde.			
Na minha opinião, os serviços de saúde estão			

preparados para me atender.			
A <u>identidade de gênero/orientação sexual*</u> do paciente influencia no atendimento em saúde.			
Eu sempre conto aos profissionais de saúde sobre minha <u>identidade de gênero/orientação sexual*</u> .			
Sempre sou bem atendido no serviço de saúde.			
Geralmente encontro respostas para as minhas questões quando vou ao serviço de saúde.			
Acho fácil me locomover (andar, pegar ônibus, pegar carro) e chegar no serviço de saúde.			
O horário de funcionamento do serviço de saúde é bom para mim.			
Geralmente tenho que explicar aos profissionais de saúde sobre minha <u>identidade de gênero/orientação sexual*</u> .			
Penso que devo ser atendido(a) nos mesmos locais que o resto da população.			

*Importante: Quando a oficina for de mulheres transexuais, homens transexuais e travestis, utilizar o termo “identidade de gênero”. Quando a oficina for de gays, lésbicas e bissexuais, utilizar o termo “orientação sexual”.

- Após a leitura de cada uma das frases, solicitar que todos andem pela sala, se olhem, vão conversando e acabem por escolher alguém para montar uma dupla para o próximo exercício, em que terão que conversar sobre saúde.

OBS: caso haja um número ímpar de participantes, formar um trio.

- Checar se as duplas foram formadas e pedir para que se sentem em círculo novamente, no mesmo lugar que estavam antes.

OBS: é importante que se sentem nos lugares que estavam antes do exercício para, potencialmente, as duplas se sentarem separadas. Isso evitaria um contexto de muita proximidade que poderia dificultar o exercício da lembrança.

Desenvolvimento (tempo aproximado de 30 minutos):

- Pedir que todos respirem calmamente e profundamente por três vezes.
OBS: se estiverem agitados, pedir para respirarem mais vezes até se acalmarem.
- Contar aos participantes que esse exercício se chama “Um atendimento marcante em saúde”. Solicitar a eles que adotem uma postura confortável na cadeira, abaixem a cabeça, e façam esse exercício de lembrança:

Pedir que todos encostem as costas na cadeira, tenham braços/mãos sobre as pernas, pernas descruzadas e com os pés no chão, em paralelo, e a cabeça abaixada. Não é necessário fechar os olhos. Cheque se estão todos nessa posição. Caso alguém não esteja, repita essa instrução para todos os participantes.

- Depois de todos estarem numa posição adequada, leia lentamente, com pausas, o trecho abaixo:
OBS: A leitura deve ser feita de modo a ajudar o grupo a ir se lembrando de situações. À medida que se lê, os participantes imaginam. O ritmo deve estar adequado a esse objetivo.

“Em nossa sociedade, desde que nascemos vamos ao serviço de saúde, ao médico, por diferentes razões. Às vezes, nos levaram, outras vezes, nós decidimos ir. Assim, quando nos sentimos com algum problema de saúde, procuramos os serviços de saúde. Lembre-se das vezes que isso ocorreu e que você foi ao serviço de saúde (aguardar um pouco). Quando foi? (aguardar um pouco) Por que foi? (aguardar um pouco) Lembre de uma situação (aguardar um pouco). Agora, lembre de outra (aguardar um pouco). Agora, escolha uma dessas situações que ficou marcada na sua memória (aguardar um pouco). Por que ela ficou marcada? (aguardar um pouco) O que ocorreu? (aguardar um pouco) Quem estava presente? (aguardar um pouco) O que você fez? (aguardar um pouco) E os outros, o que fizeram? (aguardar um pouco) Como você se sentiu? (aguardar um pouco) Era o que esperava do serviço de saúde? (aguardar um pouco) Por que? (aguardar um pouco) Se não foi o que esperava, como gostaria que fosse? (aguardar um pouco). Agora, aos poucos, no seu ritmo, volte aqui para a sala”

- Pedir ao grupo: “Agora, calmamente, junte-se à sua dupla, sente-se ao lado dela, e conte o que ocorreu com você. Conte apenas o que você se sentir confortável”.
- Dar 10 minutos para que conversem.
- Checar se terminaram e fazer um novo pedido.
- Entregar uma folha a cada dupla e solicitar: “Baseado nas experiências de vocês, escrevam algumas dicas para os profissionais de saúde fazerem um bom atendimento com as mulheres transexuais” (modificar de acordo com segmento que está participando da oficina.)
- Dar 10 minutos para que cada a dupla faça sua lista.
OBS: a lista deve conter sugestões dos dois membros da dupla. Elas não precisam ser consensuais. O importante é a riqueza e a variedade das dicas.
- Pedir a todos que coleem na parede essas dicas.
- Após todos terem colado as dicas na parede, convidar para que todos visitem e leiam o painel de dicas, em silêncio.

Comentários (tempo aproximado de 30 minutos):

- Abrir os comentários, perguntando o que os tocou durante a oficina.
OBS: Sempre chamar as pessoas pelo nome que consta no crachá.
- Explorar as observações dos participantes.
OBS: Sequencialmente, procure: 1) ouvir alguns participantes sobre o que os tocou; 2) identificar temas que se repetem nas falas desses participantes; 3) fazer perguntas sobre esses temas; 4) convocar os participantes a opinarem sobre esses temas; 5) encerrar a conversa, resumindo os temas mais debatidos.
- Ao final, agradecer a participação de todos.
- Apenas após esse encerramento, desligar o gravador.

ANEXO E**AUTORIZAÇÃO PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA EM CAMPO GRANDE-MT**

Prefeitura Municipal de Campo Grande
Secretaria Municipal de Saúde Pública

À UBSF - UBSF Maria Aparecida Pedrossian MAPE

GERENTE: Nilda Maria de Jesus Santos Maurer

Apresentamos as pesquisadoras do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM/UNB - Núcleo de Estudos de Saúde Pública – NESP/UNB : **Raelma Silva, Tamires Marinho, Roseana Meira e Grasiela de Sousa**, para realização das entrevistas referente ao Projeto de pesquisa **"Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde "**

Informamos que serão entrevistados ao todo serão 5 profissionais por unidade, sendo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 2 ACS.

Atenciosamente ,

Marilene Martins Cavalcanti
Gerente Técnica da Equidade em Saúde
DAS/CAB

ANEXO F

AUTORIZAÇÃO PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA EM JOÃO PESSOA-PB



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 13 de junho de 2014

Processo nº 09.277 /2014

Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Para: DS I, DS II, DS III, DS IV e DS V

ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

A Gerência da Educação na Saúde (GES) encaminha a pesquisadora **RACKYNELLY ALVES SARMENTO SOARES**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **"ANÁLISE DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGTB NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE"**, a ser realizada neste serviço, conforme o processo nº 09.277/2014.

Informamos ainda que a pesquisadora deverá estar ciente de suas responsabilidades como pesquisadora do presente projeto, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na Rede SUS de João Pessoa, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Ana Paula Vasques Nogueira
Técnica da Gerência de
Educação na Saúde
Mat.: 68.939-0

P/Ana Paula Vasques Nogueira
Karina Cenci Perille
Gerente da Educação na Saúde

ANEXO G

AUTORIZAÇÃO PARA CONDUÇÃO DA PESQUISA EM VITÓRIA-ES



PREFEITURA DE VITÓRIA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/UBS Jardim da Penha; UBS; UBS Forte São João; UBS Consolação; UBS Itararé; UBS Jesus de Nazareth; UBS Maruípe; UBS Resistência; UBS Santo André; UBS Santo Antônio; UBS Vitória	06/10/2015	Tânia

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Prezado(a) Diretor(a),

O projeto de pesquisa, intitulado “Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde” de autoria de MARIA DE FÁTIMA DE SOUZA, foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente projeto tem como objetivo 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.

A metodologia a ser utilizada será fundamentada na pesquisa qualitativa, que utilizará a triangulação de técnicas de coletas de dados uma vez que há diferentes participantes no estudo. Será realizado grupo focal com a população LGBT e os participantes nas Unidades de Saúde serão os Gerentes e profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família, a partir de entrevistas individuais semi estruturadas, bem como o Gestor municipal.

Ressaltamos que o pesquisador foi orientado que a liberação da pesquisa está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e que a não devolutiva dos resultados em até dois meses, após o término desta referida pesquisa, implicará no indeferimento de novas solicitações do (s) pesquisador (es). Informamos que o resumo da pesquisa poderá ser disponibilizado no site da PMV .

Solicitamos que a pesquisa seja viabilizada por este setor e informamos que esta autorização para realização da pesquisa tem validade por um ano.

Atenciosamente,

Regina Célia Diniz Werner

Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde