



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

**DO IDEAL PARA O REAL: O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
LGBT NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA**

ELIZABETH ALVES DE JESUS PRADO

Brasília, agosto de 2016

FICHA CATALOGRÁFICA



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

**DO IDEAL PARA O REAL: O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
LGBT NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA**

Elizabeth Alves de Jesus Prado

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

ORIENTADORA: Prof. Dra. Maria Fátima de Sousa

Brasília, agosto de 2016



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

Aprovada em defesa realizada em 25 de agosto de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (membro titular)
Universidade de Brasília

Prof. José Antonio Iturri de La Mata (membro titular)
Universidade de Brasília

Profª. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça (membro suplente)
Universidade de Brasília

Dedico primeiramente a Deus, quem me ampara. Em seguida, acrescento que essa dissertação é dos meus pais Rita e Edmundo, que com amor, ao seu jeito sempre me motivaram e com o seu melhor sonharam em ter uma filha formada, mestre e doutora. A vocês dedico o encerramento deste ciclo. Amo vocês, com o melhor de mim, vocês são meu orgulho.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma tarefa tão simples e ao mesmo tempo tão complexa. Foram tantos aprendizados e alegrias, e ao mesmo tempo tantas situações que me expuseram ao limite. Quero que todos os aqui expressos saibam que não são apenas agradecimentos em papel, mas agradecimentos de vida. Essa dissertação é nossa, nunca se esqueçam!

Primeiramente agradeço à minha família, meu alicerce, por todo o amor dedicado a mim em cada momento, por não terem permitido que eu desistisse e por me incentivarem sempre. Obrigada por serem meu porto seguro e por eu saber para onde voltar, sempre.

Ao Edmar, irmão de sangue e de alma, você é, sem dúvidas meu espelho. À Maria, por ter sido não só a cunhada, por ter querido ser a irmã, por cada gesto de amor, cada chá, café, ou por simplesmente ficar acordada ao meu lado para eu não dormir. E ainda, pelo mais novo presente. Ao Eduardo e Elismar, por assim como o Edmar cuidarem de mim, nas ausências do nosso pai. À Dione e Igley, pelo apoio à sua maneira. Obrigada por sentirem e viverem junto comigo este processo, vibrando a cada página escrita.

À velha amiga, Sindy, que me ouviu em cada dia, e me apoiou com carinho e amor. Às novas amigas Ádria, Márcia, Ione, Fabi, Priscila e João Paulo, vocês são presentes de Deus em minha vida, obrigada pelas horas de vida dedicadas a mim.

Aos amigos do percorrido por alegrar estes dias, e à Margarita por toda compreensão.

À Naty, minha amiga de alma, presente de Deus em minha vida, não caberia aqui tudo que tenho a lhe agradecer, resumindo, obrigada por ser meu apoio neste período, por ter feito a caminhada mais leve e engraçada, durante várias manhãs e madrugadas.

Ao Lucas, outro amigo de alma, por todas as tardes, pelas palavras amigas, pela disposição em ser um amigo leal.

Ao Edu, mais que um professor admirável, um amigo e exemplo de vida. Obrigada por cada opinião e por sempre ter acreditado em mim, meu orgulho de você.

À Valéria, cujas palavras não podem definir, tamanha a sua luz. Mãe, madrinha, amiga, professora, conselheira, obrigada por cada dia de aprendizado e cada gesto de amor, obrigada por ter me permitido ser sua adotiva.

À minha orientadora, Fatima Sousa, que também foi minha professora na graduação, que me fez acreditar neste SUS, nas pessoas e nos sonhos. Sua capacidade em sonhar com um mundo melhor e acreditar no melhor das pessoas só aumenta meu orgulho e admiração por ti. Obrigada pelo carinho, pela paciência em cada dia desse processo. Até mesmo em silêncio aprendo contigo, obrigada pela serenidade de me fazer acreditar que tudo daria certo. MUITO OBRIGADA.

À população LGBT por ter me acolhido e me ensinado tanto, e me feito ver além. Sigo com a certeza que estou no caminho certo.

Por fim, ao Vitor, meu amado. Obrigada por atravessar este caminho comigo, me acompanhando em todos os processos. Os últimos dois anos foram de muitas mudanças e aprendizados, obrigada por segurar minha mão na medida em que eu trilhava o meu caminho e por me permitir segurar a sua ao trilhar o seu. Obrigada por todas as renúncias para me acompanhar neste processo. Ao seu lado meu mundo se faz melhor.

Os verdadeiros mestres são aqueles capazes de construir um saber coletivo, reconhecendo que este saber não é de um, mas de todos nós.

Assim, encerro este ciclo agradecendo a todos os amigos e familiares que torceram por mim e desculpendo-me entenderam os momentos de ausência.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir”.

(Michel Foucault)

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo a análise da implantação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no município de Santarém-PA. Foi aplicado um questionário com o gestor municipal de saúde, entrevistas individuais semiestruturadas com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, de quatro unidades básicas de saúde, e duas oficinas com os usuários do SUS integrantes da população LGBT. A técnica de análise dos resultados foi a hermenêutica-dialética à luz da política. Dos discursos emergiram quatro temas: 1 – Mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT; 2 – Atuação do movimento LGBT na formulação de políticas de saúde; 3 – Abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT; e 4 - Atenção à saúde ofertada à população LGBT no município. Os temas foram discutidos na concepção do gestor, dos usuários e dos profissionais, considerando a relevância de cada um desses atores e de seu lugar de fala. Os discursos apontaram que a política não foi implantada efetivamente, havendo a necessidade de priorização das políticas de equidade no município. Apontaram ainda a presença de discriminação e preconceito por orientação sexual e identidade de gênero na abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT. Por fim, apontaram a invisibilidade dos usuários da população LGBT no que tange à atenção à saúde e a necessidade de iniciativas de educação permanente dos profissionais da saúde, problematizando as práticas vigentes e reconhecendo o usuário de forma integral. Reforça-se com este estudo a necessidade de práticas que promovam a atenção integral à saúde, considerando as iniquidades dos sujeitos, com vistas a consolidação de um modelo de atenção à saúde familiar e integral.

Palavras chave: Políticas Públicas em Saúde; Homossexualidade; Equidade em Saúde; Discriminação.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the implementation of the National Policy for Integral Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender in the municipality of Santarém-PA. Was applied a questionnaire with the municipal manager of health was applied, individual semi-structured interviews with professionals of the Family Health Strategy in four basic health units, and two workshops with users of SUS members of the LGBT population. The results of the analysis technique was the thematic analysis in the light of the policy. From speeches emerged four themes: 1 - Management mechanisms for health care of the LGBT population; 2 - Role of the LGBT movement in the formulation of health policies; 3 - Health professionals approach to the LGBT population; and 4 - Health care offered to the LGBT population in the municipality. The issues were discussed in the design manager, users and professionals, considering the relevance of each of these actors and their place of speech. The speeches pointed out that the policy has not been implemented effectively, with the need to prioritize equity policies in the municipality. They also pointed out the presence of discrimination and prejudice based on sexual orientation and gender identity in health professional approach to the LGBT population. Finally, they pointed out the invisibility of members of the LGBT population in relation to health care and the need for continuing education initiatives for health professionals, questioning current practices and recognizing the user in full. It reinforces this study the need for practices that promote comprehensive health care, considering the iniquities of the subject with a view to consolidating a model of family care and full health.

Key words: Public Health Policy; Homosexuality; Health Equity; Discrimination.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ESF – Estratégia Saúde da Família

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

LGBT – Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais

PA – Pará

PNSILGBT – Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transexuais

RBS – Reforma Sanitária Brasileira

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorias pré analíticas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
INTRODUÇÃO	17
PRESSUPOSTOS TEÓRICOS.....	21
Políticas públicas em saúde:.....	21
O desafio de se pensar gênero e saúde	24
Estratégia saúde da família e equidade	26
ASPECTOS METODOLÓGICOS	31
Método:	31
Universo da pesquisa.....	31
Sujeitos entrevistados	32
Instrumentos e coleta de dados.....	34
Aspectos éticos.....	35
Análise dos dados:.....	36
RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
A política LGBT na prática: o caso do município de Santarém.....	38
A percepção do gestor.....	39
A percepção do profissional	45
A percepção do usuário	58
O encontro das percepções: a política de saúde LGBT na prática	63
APONTAMENTOS PARA O FUTURO.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
APÊNDICES.....	75
APÊNDICE 1- QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE.....	75
APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS.....	81
APÊNDICE 3- ROTEIRO DE OFICINA COM OS USUÁRIOS.....	85
APÊNDICE 04 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- GESTOR.....	93
APÊNDICE 05 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PROFISSIONAIS.....	94
APÊNDICE 06 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- USUÁRIOS	95
APÊNDICE 07- ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA	95
APÊNDICE 8 – CATEGORIAS POLÍTICAS	109
ANEXOS	110

ANEXO 01- CARTA DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 110

APRESENTAÇÃO

A frase acima remete ao que este estudo significa em minha vida. Várias foram as minhas inquietações, que me acompanham e me fazem seguir. Para expor a importância e relevância deste tema, preciso antes dedicar algumas linhas a falar da minha trajetória de vida.

Nasci em uma família pobre, formada por uma nordestina e um goiano, trabalhadores do campo, que vieram para Brasília em busca de melhores condições de vida. Cresci em uma casa pequena, de três cômodos, ao lado de três irmãos maravilhosos e meus pais. Escutava diariamente dos meus pais e irmãos que o futuro da minha vida, para mudar “de vida” estava nos meus estudos. Sonhava com meu quarto e com o dia em que ia começar a estudar, minhas primas e primos já estudavam em escolas particulares, mas eu tinha que esperar arduamente meus sete anos chegarem, quando seria aceita na escola pública. Já sabia ler, escrever e calcular, quando em 1999, este dia chegou, caminhava 20 quilômetros e conseguia chegar à escola. Logo avancei de série e fui estudar mais próximo a minha residência. Acima de minha esperança de mudança, o estudo consistia em minha alegria. Para meus amigos e colegas eu era a “CDF”, para os pais dele o “orgulho” e para a minha família “a esperança”.

A exclusão social se fez presente em vários momentos tornando esse sonho de “estudar” a cada dia mais difícil. Fui vendo que o acesso à educação não era “para todos”, e que por mais que me esforçasse para mim era difícil dividir os estudos com o trabalho desde muito cedo e o sonho em estudar espanhol. Superando-me a cada dia, consegui finalizar o ensino médio aos 16 anos, ouvindo de todos à minha volta, UnB é para poucos. Na certeza de que eu não estava incluída nesses “poucos”, minhas esperanças permaneciam em conseguir trabalhar e pagar minha Faculdade. Sonhando com vários cursos, Medicina, Enfermagem, Matemática, Ciências Sociais, percebi que todos tinham algo em comum: a minha preocupação com o cuidado com o outro e com a educação. Precisava, para dar vazão à minha existência, dedicar-me ao outro de forma que pudesse diminuir sofrimentos.

Consegui, ainda aos 16 anos, ser aprovada no vestibular para Gestão em Saúde na Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília, ali a minha busca por esse cuidado com o outro e por justiça social aumentariam ainda mais. Pude conhecer professores com trajetórias incríveis e admiráveis, e entender o porquê finalizar a graduação para mim seria também mais difícil do que para outros colegas, o porquê eu precisaria trabalhar e estudar e o porquê existiam ações afirmativas para alimentação, permanência e moradia na universidade, para estudantes como eu. As iniquidades sociais não foram por mim percebidas, elas foram sentidas, vividas e marcam a minha existência.

É deste lugar social que falo e ponho-me como pesquisadora. A meritocracia pregada quase que como um mantra por minha família e pela sociedade me igualavam aos demais estudantes, mas não, a igualdade de oportunidades não é capaz de promover a justiça social. Nesse sentido o tema da equidade se torna um objeto de interesse antigo.

As minhas vivências com várias amigas e amigos homossexuais me levaram a presenciar várias cenas de violência contra eles. Amando tanto eles, me indignava e questionava aos demais quais eram os motivos. Não satisfeitos em não saberem a respostas finalizavam praticando a violência contra mim. É como se existissem duas sociedades, a deles homens brancos, classe média/alta, cisgêneros e a nossa, os negros, pobres, homossexuais, transexuais, ribeirinhos, índios, etc.

Dadas as vivências de exclusão social, durante a graduação me aproximei da temática da equidade em saúde, e apostando em um sistema de saúde gratuito, baseado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade e estruturado no modelo de atenção à saúde integral e familiar, considero que há ainda a esperança de promoção da justiça social com vistas a promover a saúde integral da população LGBT e de tantas outras que têm o seu direito à saúde integral negligenciado.

Assim, acredito que o Estado tem papel crucial na promoção da justiça social, por meio de estratégias de diminuição das iniquidades sociais em saúde. Reconhecendo a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT como uma dessas alternativas, me dediquei, neste estudo, a análise da implantação dessa política e à forma como essa reflete na prática do cuidado em saúde da população.

Esta dissertação está estruturada em três partes para a sua melhor compreensão. A primeira dedica a apresentação do histórico da política como forma de promoção da saúde da população LGBT. A segunda dedicada a descrição dos percursos metodológicos trilhados na busca da compreensão da realidade. E, a última voltada a descrição da análise dos discursos dos entrevistados, deixando ao final minhas percepções e apontamentos sobre o estudo.

INTRODUÇÃO

A História nos recorda que o Brasil é um país ainda em desenvolvimento, marcado por longos regimes autoritários cujas heranças são vividas até os dias atuais. No período de 1964 a 1985, o país viveu a ditadura militar, um modelo de Estado altamente centralizador e autoritário, marcado pela negação de direitos e por planos de desenvolvimento que trariam impacto significativo para a estrutura econômica e social.

Vários foram os horrores ocorridos neste período, principalmente com quem lutava pela democracia ou contra o governo. Por outro lado, os movimentos sociais também marcaram este momento histórico. O protagonismo do setor saúde com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) foi essencial na luta por um Estado democrático de direito e na reivindicação da saúde como um direito social.

Após o fim da ditadura militar, consolidou-se, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, o movimento sanitário brasileiro. Pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1988 (SOUSA, 2014).

O cenário de conquista de direitos básicos e proteção dos cidadãos, fez com que ressurgisse a discussão sobre cidadania, direitos sociais e democracia. Em 1988, foi promulgada a Constituição Federal (CF/88), que definiu nos artigos 196 a 200 os princípios do SUS, a saber: universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, ampliando a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1998).

A partir desse processo, a concepção do conceito de saúde também sofreu forte influência das compreensões e pressões dos movimentos sociais e passou a ser entendida não mais como a simples ausência de doenças, mas como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2016).

Um completo bem-estar só é possível a partir de uma profunda ruptura com as desigualdades e iniquidades das relações sociais, ou seja, para a garantia da saúde em sua concepção ampla, é necessário que a atenção à saúde considere aspectos práticos que a influenciam, sejam eles elementos econômicos, políticos, históricos e principalmente culturais, os chamados Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Trata-se, portanto, de explicar o processo saúde-doença levando em conta a forma como a sociedade se organiza e constrói sua vida social (AKERMAN et al, 2011).

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada em 2005, os DSS consistem em fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e

comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco para a população. Buss e Pellegrini (2007) afirmam que a forma de organização da sociedade e a situação sanitária da população estão relacionadas às iniquidades em saúde.

A criação da CNDSS levou muitos países das Américas a assumirem um compromisso com o tema, estabelecendo comissões ou grupos para abordarem-o nas políticas públicas. O conjunto de temas sobre determinação social em saúde continua presente na agenda de saúde mundial. Em 2009 na cidade de Genebra, a 62ª Assembleia Mundial de Saúde teve como pauta a reafirmação do compromisso de redução das iniquidades sanitárias, atuando sobre os determinantes sociais de saúde (AKERMAN et al, 2011). No Brasil, foi tema pautado na agenda das últimas quatro Conferências Nacionais de Saúde.

Ao se pensar nos princípios do SUS, é imperativo associar os DSS ao princípio da equidade evidenciando as especificidades de grupos sociais distintos, com necessidades de saúde diferenciadas, que por sua vez, demandam ações governamentais também diferenciadas (MELLO et. al, 2011). Se existem grupos historicamente marginalizados e que possuem dificuldades de acessar os serviços de saúde, é necessário viabilizar e otimizar esse acesso.

Nessa perspectiva, no campo da Saúde Coletiva, surgem as políticas de promoção da equidade no SUS, que têm o objetivo de diminuir as vulnerabilidades às quais certos grupos populacionais estão expostos. Essas vulnerabilidades estão diretamente associadas ao acesso insuficiente à educação, habitação; água potável, saneamento, segurança alimentar e nutricional; participação da política local; e é impactada pelos conflitos interculturais; preconceitos e diversas formas de discriminação como racismo, homofobia, machismo, entre outras (BRASIL, 2013).

A discriminação em decorrência da expressão da diversidade da orientação sexual e da identidade de gênero é um determinante do adoecimento ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais e homens transexuais (LIONÇO, 2008).

A identidade sexual é definida por Pereira e Leal (2005, p. 517), a partir de quatro critérios: o sexo biológico (caracterizado pela definição genética); a identidade do gênero (a percepção de cada indivíduo como sendo homem ou mulher); os papéis sexuais sociais (definidos pelas características socialmente estabelecidas ao feminino e ao masculino, numa perspectiva de gênero); e, a orientação sexual (caracterizada pelo desejo afetivo-sexual de um sujeito em face de outro, seja este do sexo oposto ou do mesmo sexo). A interação dessas características com as relações sociais conforma as identidades dos sujeitos. Para Foucault,

[...] a sexualidade humana é regulada pelos processos de normatização ditados pela cultura e pela socialização das práticas no corpo. As práticas sociais desempenham papel de organização, regulação e legitimação das práticas sexuais, inclusive por meio dos saberes da ciência como a medicina, a pedagogia e o direito. Essa legitimação na saúde se expressa

particularmente nas práticas dos profissionais de saúde e na medicalização dos corpos (1987, p.02)

Nesse sentido, há uma relação de poder nas relações humanas que se dá a partir do corpo, sendo este objeto de dominação e de submissão (FOUCAULT, 1987, p. 01). A convenção social dominante, inclusive no Brasil, remete ao homem branco, heterossexual, cristão e de classe média (LOURO, 2001). Este caráter estabelece a heteronormatividade, em que é considerada correta a identificação de gênero do sujeito correspondente ao seu sexo biológico e gênero binário (feminino ou masculino). Ao mesmo tempo que o “normal” seria existir relacionamentos entre indivíduos do gênero/sexo oposto, configurando uma relação heterossexual. Os indivíduos que possuem identidade de gênero e/ou orientação sexual distinta do padrão são alvos de preconceito, discriminação e exclusão social que, somados aos aspectos étnicos e econômicos, potencializam o contexto de vulnerabilidades em que se encontram essas pessoas.

Desse modo, a luta da população LGBT consiste na desconstrução do caráter de anormalidade que sua identificação de gênero e/ou orientação sexual configuram na atual sociedade. Essas lutas são travadas em todos os campos, inclusive na saúde – bem estar social que muitas vezes é negado a essa população – por julgamentos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde. Araújo et al. (2006) revelam a fragilidade das relações entre profissionais de saúde e população LGBT, principalmente no que tange ao processo de comunicação em que informações importantes acerca da sexualidade acabam sendo omitidas, perdendo-se oportunidades para a promoção e qualidade da assistência em saúde.

A luta da sociedade pela diminuição dessas fragilidades, no campo da saúde, levou a conquistas no que diz respeito a iniciativas governamentais como resposta às pressões sociais. No que se refere ao Estado, por ser responsável pela atenção integral e universal à saúde da população, reconhecendo o contexto vulnerável em que os LGBT's encontram-se, lançou – por meio da portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, do Ministério da Saúde – o Programa Brasil sem Homofobia (BRASIL, 2004) e instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), cujo objetivo é promover a saúde integral da população LGBT, eliminar a discriminação e o preconceito institucional e, contribuir para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2012).

Lionço (2008) destaca que estratégias de ação em saúde como essa são necessárias diante da especificidade das vivências desses grupos, pois qualifica ações e provoca, transversalmente, diversas áreas técnicas, objetivando a integralidade e a equidade em saúde. Por outro lado, Mello et al (2012) nos mostra que apesar de uma relativa abundância de documentos governamentais e eventos que proporcionam interlocução entre governo e sociedade civil, tais ações não têm sido suficientes e há um grande desafio:

“[...] transformar as incipientes políticas públicas, gestadas ao longo dos últimos anos, especialmente a partir de 2004, em efetivas políticas de Estado, que não estejam à mercê da boa vontade de governantes e das incertezas decorrentes da inexistência de marco legal de combate à homofobia e de promoção da cidadania LGBT” (Mello et al, 2012, p. 289).

Portanto, faz-se necessário conhecer e reconhecer as demandas e especificidades dessa população, para que se subsidie a efetiva consolidação das iniciativas de promoção da saúde da população LGBT contempladas na Política Nacional de Saúde Integral LGBT. E ainda, após a implementação desta política reconhecer as iniciativas exitosas advindas de sua implementação e os desafios ainda postos na garantia da efetivação do direito à atenção integral à saúde dos usuários do SUS, integrantes da população LGBT.

Este estudo dedicou-se à análise da implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no município de Santarém na Região Norte do Brasil, de forma a identificar no município o estado atual da implantação da política; verificar junto ao gestor e aos profissionais da saúde quais as estratégias adotadas/ voltadas para a implantação da política no município; compreender a evolução/os resultados da implantação da política na percepção dos usuários; e verificar junto aos profissionais, usuários e gestores os elementos que fortalecem e influenciam a implantação da política.

As seções a seguir apresentam os conceitos básicos necessários ao estudo da implementação da PNSILGBT, seguidos da explanação da forma como a pesquisadora realizou esta análise e da análise desta política na prática.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Políticas públicas em saúde:

As políticas são instrumentos norteadores e identificadores de determinada sociedade, e, segundo Pinto e colaboradoras 2014, era entendida entre os gregos e romanos como a constituição da pólis (cidade) e do cidadão (politiko).

As políticas públicas compreendem, segundo Bobbio, “um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e que regulam as atividades governamentais relacionadas com as tarefas de interesse público” sendo que estas políticas “atuam e influem sobre as realidades econômica, social e ambiental” (BOBBIO apud PINTO, VIEIRA-DA-SILVA & BAPTISTA, 1995). Assim as políticas públicas, semelhantes à concepção de cidadania, são influenciadas diretamente com o contexto no qual está inserida.

Neste sentido, as políticas públicas podem variar de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (Pinto, Vieira-da-Silva & Baptista, 2014).

Segundo Ferraz e Kraiczky, 2010, “as políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que emergem na sociedade” atribuindo-se às ações de combate a esses problemas, sejam elas preventivas, de promoção, proteção ou recuperação, os contextos sociais, ideológicos e econômicos.

As políticas sociais são as garantias dos direitos e deveres dos cidadãos, influenciadas pelo contexto histórico, social e econômico no qual estão inseridas. Segundo Pinto e colaboradoras, 2014, após a segunda guerra mundial, apresentariam três concepções: o da assistência social, o seguro social e a seguridade social.

Entre as políticas sociais, se destaca a política de saúde, que a exemplo das políticas públicas e sociais é influenciada pelo contexto. Para Paim, 2003:

A política de saúde é compreendida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação à produção, à distribuição e à regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (Paim apud Pinto, Vieira-da-Silva & Baptista, 2003).

O conceito de cidadania está dividido em três partes ou elementos: civil, político e social. O elemento civil é composto dos elementos necessários à liberdade individual incluído neste, o direito à justiça, ou seja, o direito de defender e afirmar todos os direitos em termos de igualdade. Por elemento político entende-se o direito de participar no exercício do poder político, como um membro de um organismo investido da autoridade política ou como um eleitor dos membros de tal organismo,

sendo as instituições correspondentes o parlamento e os conselhos dos governos locais. O elemento social abarca desde o direito a um mínimo bem estar econômico e segurança ao direito de participar por completo na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevaleçam na sociedade, sendo as instituições mais ligadas o sistema educacional e de serviço social (MARSHAL, 1967).

O contexto da política social e cidadania influencia indiretamente no conceito aplicado de saúde, assim como apresentado por Almeida-Filho e Paim, 2014. Enquanto a Saúde Coletiva apresenta-se na discussão filosófica da saúde, a saúde enquanto ausência de doenças pode estar atrelada aos conceitos de assistência social e cidadania invertida.

Por outro lado, o conceito de saúde como funcionalidade, e sua aproximação com a saúde enquanto ausência de doenças, no qual os “desvios da normalidade” influenciam na bases estatísticas (ALMEIDA-FILHO & PAIM, 2014), pode estar atrelado ao seguro social, que necessita de uma População Economicamente Ativa, enquanto o conceito ampliado, conforme apresentado pela OMS, pode-se estar associado ao Estado de Bem-Estar Social, e a produção de uma equidade entre os seus cidadãos (FLEURY & OUVÉRY, 2012).

No Brasil, a construção de uma identidade cidadã esteve historicamente desvinculada do contexto social, e de grande parte da população, sendo atribuído a Getúlio Vargas o movimento de “chamamento” das massas populares, e de construção de uma cidadania por parte da população em geral. Porém, as classes dominantes do país, juntando-se à globalização, fazem movimentos ainda contrários ao reconhecimento da cidadania e da equidade no contexto social brasileiro (PAIM, 2013).

Esta pode ser uma surpreendente ‘lição’ dessa história: boa parte das ‘elites’ empresariais, intelectuais, militares e eclesiásticas tem escasso ou nulo compromisso com a nação, a sociedade nacional, o povo; em razão de seus vínculos sempre renovados, com as ‘elites’ transnacionais, desde o colonialismo ao globalismo. Por isso resta a impressão de que são estranhos, ou alheios; na realidade colonizadores, conquistados ou desfrutadores. Visto assim, em perspectiva histórica de larga duração, o projeto de ‘capitalismo transnacional’ ou ‘globalizado’, tem antecedentes no colonialismo e no imperialismo, entrando em novo ciclo com o globalismo (IANNI apud PAIM, 2013).

Portanto, para efeito desse trabalho, faz-se necessário expressarmos o que compreendemos por equidade. Para isso recorreremos ao que afirma SOUSA (2007) que nos recorda ser a equidade entendida como um elemento que deve ser diferenciada dentro do espaço da cidadania. Este analisado como o próprio espaço de igualdade. O mesmo deve ser visto pelo visor dos direitos societário, dito de outra forma, pela cidadania plena. E mais, pelo desenvolvimento de uma terceira geração, a dos direitos difusos e coletivos, que se distinguem dos que integram a chamada primeira geração (os direitos individuais) e a segunda geração (os direitos sociais e econômicos). Tal distinção, em função de sua coletividade e de seu aspecto difuso, termina por introduzir princípios de solidariedade, tolerância e confiança. São difusos porque sua titularidade não é clara, englobando tanto interesses

públicos quanto privados, correspondem a necessidades que são comuns a conjuntos de indivíduos e que somente podem ser satisfeitas a partir de uma ótica comunitária.

Granja GF, Zoboli ELCP, Fracoli LA. (2013), entre outros autores, estudando o pensamento de gestores municipais do SUS, ainda que num universo bastante limitado, evidenciam que o sentido de equidade se concentra em duas vertentes: A primeira tratar todos de forma igualitária, onde prepondera a ideia da igualdade e da universalidade do acesso, e segunda tratar os desiguais de forma desigual. Esta segunda assertiva foi desdobrada em duas outras: priorizando os mais necessitados, segundo a condição socioeconômica e priorizando grupos específicos, segundo critérios de risco. No enfoque que prioriza os mais necessitados sob o ponto de vista econômico, clara está a preocupação sobre a vulnerabilidade apresentada pelos grupos desfavorecidos, que não apenas sofrem maior incidência de doenças, como também uma maior carga de condições crônicas e de incapacidades em idade precoce, o que está em sintonia com as afirmações de Whitehead, no texto que produziu para a OMS em 1990 (Luiz O C, 2005).

Segundo Paim (2006), no Brasil os esforços para reduzir as iniquidades em saúde consideram a equidade na dotação de recursos financeiros, no acesso a serviços de saúde e nos resultados. Distinguem-se ainda as desigualdades no estado de saúde que expressam desigualdades sociais, de modo que a igualdade no acesso aos serviços de saúde não é suficiente, ainda que necessária, para reduzir as desigualdades no adoecer e no morrer, entre os distintos grupos sociais. Esta distinção tem sido considerada importante na formulação de políticas públicas na perspectiva de trabalhar com a noção de necessidades diferentes entre os distintos grupos sociais, que são tanto determinadas pela diversidade de sexo, idade e raça, quanto por situações de injustiça social, como renda e acesso a bens e serviços, e ainda por características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos. Ressalta, ainda, que a própria ambiguidade do termo equidade, as diferentes concepções do SUS presentes no processo político de saúde, e as diversificadas formas de sua apresentação em municípios e estados brasileiros, mais ou menos próximas aos dispositivos legais e ao projeto da Reforma Sanitária, não permitem afirmar de modo definitivo e peremptório que o SUS seja uma política pública de promoção de equidade. Ou seja, o SUS, enquanto política pública, foi formulado na perspectiva do acesso universal, da igualdade e da justiça social no que diz respeito às necessidades de saúde da população brasileira. Na medida em que a equidade seja concebida na perspectiva ética e da justiça, esta política pública tem um grande potencial de alcançá-la, não obstante as históricas iniquidades presentes na sociedade brasileira, agravadas pelas novas versões do capitalismo em tempos de globalização.

O Sistema de Proteção Social Público nasce no século XIX, como meio de minimizar as vulnerabilidades relacionadas à industrialização e a expansão do trabalho assalariado. A urbanização das cidades modernas e o risco social atrelado impôs ao Estado a tarefa de instituir mecanismos de proteção e garantia de certo patamar de bem estar. Proteção social pode ser definida como estratégias

reguladas pelo estado visando o enfrentamento de situações de risco ou privações sociais. No Brasil, a proteção social estava atrelada ao seguro social, excluindo, portanto, grupos sociais não atuantes no mercado de trabalho formal (JACCOUD, 2009).

Dessa maneira a Reforma Sanitária Brasileira, sucedendo, os movimentos sociais de igualdade de gênero, racial e de diversidade sexual, é mais um marco na construção de um Estado e de uma política pública abrangente e amplificadora dos direitos dos cidadãos.

O Sistema Único de Saúde, assinalaram uma importante virada rumo à proteção social em saúde no Brasil, compreendendo a articulação entre o Estado, mercados e sociedade de forma na proteção dos riscos associados aos efeitos da diferenciação. Foi uma das bandeiras levantadas pelo movimento da RSB, entretanto, ainda hoje, apresenta distorções como as graves desigualdades no campo da saúde. A conjuntura que influencia a lógica da proteção social é composta por fatores históricos que precisam ser analisados de forma intersetorial, assim como, a formação de diferentes tipos de Estado de Bem-Estar Social, devem ser vistos à luz da pluralidade de fatores históricos atuando na sua evolução (VIANA, 2008).

O princípio da equidade acompanha de perto a trajetória do movimento da reforma sanitária, trazendo a ideia de igualdade entre os indivíduos, representando as políticas de saúde, um marco de ampliação da cidadania. É muito comum que a concepção de igualdade, se desdobre no princípio da universalidade, levando erroneamente, à a se pensar em homogeneização, e, conseqüentemente diluindo as diferenças dos grupos de minoria cultural, prejudicando-os. Assim, o princípio da equidade pode ser tratado como uma diferença dentro do espaço da cidadania, que seria um espaço de igualdade (BARROS & SOUSA, 2016).

O desafio de se pensar gênero e saúde

Um movimento importante ocorrido ao longo dos anos foi o de ressaltar a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde com enfoque de gênero. A entrada do tema masculinidades no campo de estudo de gênero e saúde, por exemplo, estimulou o debate acerca das questões inter-relacionais, ressaltando o entrelaçamento entre saúde, cidadania e direitos humanos (SCHRAIBER et al., 2005).

A ideia de cuidado que permeia o imaginário social, normalmente é impregnada de valores hegemônicos das relações de gênero. O ato de cuidar, por exemplo, é tido como um atributo do gênero feminino no imaginário popular, partindo normalmente das figuras femininas como mães, professoras e enfermeiras, quase como uma caracterização genética. Como produto da necessidade de respostas específicas para as singularidades das condições de saúde da população masculina, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

cuja perspectiva está em torno das relações de gênero como determinantes do processo saúde-doença, (Brasil, 2009).

A situação de vulnerabilidade provocadas pela expressão da masculinidade hegemônica é refletida, por exemplo, na resistência masculina à procura por cuidados preventivos e primários, decorrente do conflito de valores de masculinidade e a fragilidade representada pela doença, ou simplesmente pelo cuidado. Além das singularidades da população masculina, o debate sobre gênero e saúde se constitui também das questões referentes a diversidade sexual, ressaltando que a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais vão muito além do que representam os sexos biológicos (FERRAZ & KRAICZYK, 2010).

A universalidade preconizada constitucionalmente, e a construção de políticas para grupos específicos, parecem a primeira medida concepções antagônicas, entretanto, ao passo em que tais especificidades passam a ser apontadas como determinantes de iniquidades no campo da saúde, passa-se a justificar as ações comprometidas com demandas específicas que caminham em direção a reverter a exclusão e a violação de direitos a que está submetida a população LGBT (LIONÇO, 2008).

No centro desta discussão, questiona-se os valores hegemônicos como promotores de injustiças sociais e violações de direitos humanos em função da expressão das masculinidades, feminilidades e diversidade sexual. Violações que, em grande medida expõem os LGBT's a agravos carregados de especificidades vinculadas à expressão de padrões não hegemônicos, ou seja, das diversas orientações sexuais e identidades de gênero (LIONÇO, 2009).

Um ponto de partida na formulação e implementação de políticas públicas no campo da sexualidade é basicamente a necessidade de ruptura com estes valores tradicionais que permeiam, com ampla magnitude, o imaginário popular. A capacidade de incluir pessoas ora marginalizadas por confrontarem o pensamento majoritário pode conter em seu projeto, formas de descaracterização identitária das pessoas LGBT, a partir da conformação de modelos aceitos socialmente. Os desgastes, problemas e dificuldades as quais são submetidas a população LGBT, os tornam beneficiários legítimos de políticas de promoção da equidade, no campo da sexualidade (MELLO et al. 2012).

A ausência de informações sobre a situação de saúde da população LGBT evidencia a invisibilidade em que foram colocados. Por outro lado, as ciências sociais e humanas buscam apontar a necessidade de políticas de saúde mais específicas para estes segmentos. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2008 como reconhecimento da complexidade e diversidade dos problemas de saúde que afetam a população LGBT e se vira para a promoção da equidade em saúde, ressaltando que a sexualidade não heteronormativa na medida em que está munida de intolerância, estigma e exclusão é geradora de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos serviços de saúde (FERRAZ e KRAICZYK, 2010).

A construção histórica da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, consta da própria Constituição Federal de 1988 (CF/88) na qual é apresentado o objetivo fundamental da República Federativa do Brasil como sem preconceitos ou qualquer forma de discriminação (BRASIL, 1988).

O tema dos direitos LGBT veio sendo pautado desde a 12ª Conferência Nacional de Saúde com a demanda de que a orientação sexual e a identidade de gênero fossem incluídas na análise da determinação social da saúde (BRASIL, 2015). Nessa perspectiva o Ministério da Saúde cria o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, coordenado pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), como estratégia de articulação, debate e escuta de demandas dos movimentos LGBT (BRASIL, 2004).

Embasada nos princípios de universalidade, integralidade, equidade e do SUS, a Política de Saúde LGBT segue as diretrizes expressas no “Programa Brasil sem Homofobia”, criado com o objetivo de articular ações intersetoriais e formular políticas específicas para população LGBT (BRASIL, 2015). Se baseia, portanto, em ações transversais.

A Política se baseia, no que preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde em ações transversais em diversas áreas da política de saúde, partindo da perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população LGBT, de seus saberes e práticas rumo a ações de promoção da saúde, valorizando a singularidade dos sujeitos e reconhecendo a subjetividade nos processos de atenção à saúde, promovendo equidade e modos de vida com qualidade (BRASIL, 2014).

Pode-se afirmar, ainda que a integralidade da política LGBT, significa um passo rumo a ruptura com processos históricos de uma saúde pública pautada enormemente em concepções biologicistas, hospitalocêntricas e medicalizadoras. Nesse novo contexto a construção de uma política de saúde integral para a população LGBT considera a articulação entre o trabalho em saúde, a organização dos serviços e as respostas do Estado às demandas de saúde desta população, se voltando à atenção e ao cuidado destes sujeitos. No que se refere ao princípio da equidade, coloca-se em evidência que grupos sociais distintos podem ter necessidades diferenciadas que demandam ações prioritárias do Estado (MELO et al, 2011).

Estratégia saúde da família e equidade

O avanço do capitalismo trouxe consigo a mudança no modo de vida e igualou todos os cidadãos à um status de cidadania sem considerar o acúmulo de capital existente no feudalismo. Trouxe ainda o crescimento desordenado das cidades o que agravou as condições de vida, gerando um contexto de re-exclusão daqueles indivíduos já anteriormente excluídos só que hoje, sem um senhor feudal. Esse contexto, fez com que surgisse um novo quadro nosológico no qual predominavam as enfermidades epidêmicas. A concepção de saúde-doença, nesta época à luz do

paradigma biológico, foi entendida como o adoecimento pela relação agente/hospedeiro (SOUSA, 2007; MARSHALL, 1967).

Retomando à história, percebe-se, que os modelos de atenção à saúde sofrem grande influência político-econômica e traduzem a conjuntura brasileira. Refletem as concepções do processo saúde-doença resultantes das diferentes correntes de pensamento predominantes em cada momento. No período referido, por exemplo, tinha-se um modelo de atenção sintonizado com interesses de blocos econômicos voltados a manutenção da ausência de doenças, sendo que estas tinham influência direta no acúmulo de capital para o país, não atendendo assim, as reais demandas da população. Nas palavras de Sousa (2007), este era um modelo caracterizado pelo fortalecimento da medicina privatista centrada no indivíduo isoladamente, sem levar em conta todos os aspectos que o rodeiam, sem entender o indivíduo em sua complexidade, focando-se somente no biológico. Este modelo foi denominado modelo flexneriano, ou modelo médico-assistencial privatista.

Esse modelo, todavia, não consegue responder à todas as demandas de saúde da população, tendo em vista seu olhar unicausal, baseado somente no biológico, sem considerar a perspectiva social, o que levou à necessidade de uma nova conceituação de saúde, não somente na perspectiva biológica, mas com um enfoque social. O conceito de saúde assumiu então, sob a ótica da Epidemiologia Social, a necessidade de articulação entre o biológico com outros setores sociais, criando redes de articulações entre indivíduos, grupos, saberes e poderes (LAURELL, ano). Desta forma, o estado de saúde não pode ser alcançado por um sistema independente do ambiente em que se inserem os indivíduos. Só se pode situar a saúde na relação dos seres vivos com seu ambiente (SOUSA, 2007).

Portanto, busca-se compreender a saúde como um direito humano que precisa de investimentos para o desenvolvimento de políticas sociais dirigidas às populações excluídas por meio de um conjunto de ações aprimoradas que tem como resultante a melhoria das condições econômicas e sociais (SOUSA, 2014, p.45). Esse novo olhar, trouxe para a discussão o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil e o reconhecimento das iniquidades sociais na promoção da saúde dos indivíduos.

Assim, para alcance desse novo conceito, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e as pressões populares pela garantia de direitos humanos básicos – aqui incluída a saúde, em seu conceito ampliado, já exposto – emergiu o Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS possui duas metas principais, a primeira diz respeito ao emprego de todo o conhecimento disponível na otimização da saúde da população – considerando a perspectiva biológica e de recuperação da saúde – e a segunda à diminuição das disparidades entre os subgrupos populacionais, de modo que grupos marcados pelas iniquidades não fiquem em desvantagem no acesso aos serviços de saúde e no alcance de uma atenção à saúde de qualidade e integral – considerando a perspectiva social e o ambiente em que o indivíduo se insere (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, a correlação dessas duas metas exigiu repensar o modelo de atenção à saúde no Brasil. Este modelo deve, portanto, considerar a necessidade de um

modelo de atenção que promova ações de saúde tanto resolutivas e de qualidade, quanto promotoras de uma justiça social que promova a diminuição das iniquidades sociais de modo tal que implique na diminuição das disparidades no acesso à atenção integral a saúde.

Em resposta, surge então a ideologia de um modelo de atenção capaz de dar respostas ao hiato existente entre direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta dos serviços públicos pelo Estado. Apresenta-se então o modelo de atenção à saúde reorientado pela Atenção Primária em Saúde (APS), ou, aqui no Brasil, Atenção Básica (AB).

A AB pode ser definida como um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento de acordo com as necessidades da família e da comunidade (Sousa, 2014, p. 45).

Para Starfield (2002), a base da APS foi construída considerando as iniquidades sociais e de saúde, de modo que o sistema de atenção à saúde deva ser:

- dirigidos por valores da dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- centrado nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e
- direcionado para a atenção primária.

Nesse sentido, o SUS preconiza a promoção da saúde da população por meio de ações que valorizem os sujeitos e reconheça suas necessidades, sendo a APS idealmente o primeiro contato desses sujeitos com os serviços de saúde. Isto porque, o foco da APS é o atendimento centrado no indivíduo em seu ambiente social – e não na doença. Este modelo contempla, portanto a saúde integral e familiar.

Dessa forma, são atributos da APS a atenção ao primeiro contato, que implica a acessibilidade do serviço pela população, sendo que os sujeitos a que estes serviços estão disponíveis devem reconhecer os serviços disponíveis para atendê-los e utilizá-los; a longitudinalidade, estabelecendo uma atenção à saúde que acompanhe o indivíduo a longo prazo, de forma a estabelecer um vínculo entre os serviços e os sujeitos; a integralidade, que por meio de ações intersetoriais, proporcionando aos usuários a garantia dos serviços os quais necessitam; e de forma coordenadora do cuidado, ser a referência para estes usuários no sistema (STARFIELD, 2002, p. 62). A intersetorialidade é, segundo Sousa (2007) uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que

pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (SOUSA, 2007).

Baseada na concepção da APS como orientadora das práticas do cuidado e estratégia para a reorganização e efetivação do SUS como um sistema de Seguridade Social, Sousa (2007) define por Modelo de Atenção à Saúde Integral e Familiar, aquele capaz de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida, enquanto uma política pública a qual possa responder aos desafios contemporâneos em um mundo globalizado, representados pelas crescentes e dinâmicas transformações tecnológicas, sociais, políticas, culturais e ambientais. Ela indica que um novo modelo deve criar e aprimorar continuamente ambientes saudáveis, protegendo as pessoas contra ameaças à saúde e possibilitando aos indivíduos, famílias e comunidades a expansão de suas liberdades, capacidades e oportunidades de desenvolverem o máximo seu capital humano.

A APS vem trilhando caminhos, no Brasil, marcados pelos obstáculos políticos e econômicos. Iniciada com a incorporação do Estado do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que consistiu no primeiro passo na reversão do modelo médico-assistencial privatista da saúde no país, com resultados quantitativos e qualitativos favoráveis à APS. Com início em 1991, o PACS foi reforçado posteriormente pelo Programa Saúde da Família (PSF) e ampliado em 1994. Este Programa, centrado na família, e não mais no indivíduo isoladamente, trouxe o meio em que vive e a família do indivíduo para o centro da atenção à saúde. Mais do que uma delimitação geográfica, esse meio representa o espaço onde são construídas as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida (SOUSA, 2007; 2014).

O PSF trouxe muitos avanços e melhoria nos indicadores de saúde das famílias por ele assistidas. Dados estes êxitos, o PSF saiu de do âmbito de um programa e passou a ser visto como uma estratégia de reorientação da APS no Brasil, em termos normativos, configurando a chamada Estratégia de Saúde da Família (ESF) instituída por meio da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 e reformulada em 2011 – Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011).

A ESF está conformada em Equipes de Saúde da Família, sendo integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico e dois agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo cuidado das famílias de um determinado território de abrangência. Ancora-se nos atributos da APS e mantém os princípios do SUS da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade, do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011). Trata-se da base do modelo de saúde integral e familiar e visa à compreensão dos vários elementos relacionados ao processo saúde/doença, e o aprofundamento dos laços de compromisso e co-responsabilidade entre instituições, profissionais de saúde e população. Além disso, este modelo se direciona para a promoção da equidade, ou seja, da diminuição das injustiças. Esta concepção, por meio do vínculo com a comunidade permite aos profissionais e gestores conhecerem melhor o

processo saúde/doença, e permite, não apenas aperfeiçoar a atenção à saúde, mas, também, entender a saúde como problema complexo (SOUSA, 2007).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, serão descritos os percursos metodológicos deste estudo, iniciando-se na escolha do método, perpassando pelo universo do estudo e sujeitos da pesquisa. Por fim serão descritas as trilhas metodológicas da análise dos achados empíricos.

Método:

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa que teve como objeto a análise da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. A análise de políticas tem por objetivo contribuir com a tomada de decisões, oferecer respostas aos seus beneficiários e ao governo sobre o emprego de recursos públicos, visando adequar as suas ações à realidade bem como evitar desperdícios (MINAYO, 2014).

A escolha pela abordagem qualitativa foi por entender que são os sujeitos que dão significado a suas ações e construções no processo saúde-doença-cuidado. Isto exige do pesquisador um aprofundamento e compreensão dos sujeitos e fenômenos investigados, além de disposição para olhá-los por vários ângulos (MINAYO, 2014; MORAES, 2003).

Para Minayo (2013), na pesquisa social existe uma identidade entre sujeito e objeto, revelando um substrato comum de identidade com o investigador, tornando sujeitos e pesquisador imbricados e comprometidos numa mesma ciência. Assim, assume-se a não neutralidade diante da implicação da visão de mundo do pesquisador em todo processo de conhecimento.

Diante da realidade social observada a abordagem qualitativa permite uma aproximação à existência humana, ainda que de forma incompleta, por meio de instrumentos e teorias que demonstrem o desafio do conhecimento. Compreendendo, portanto, a complexidade na implantação de políticas públicas e a importância dos múltiplos atores na sua execução, julgou-se que a abordagem qualitativa permitiria identificar as percepções e subjetividades dos sujeitos, levando a uma maior aproximação da realidade e entendimento do cenário de pesquisa.

Universo da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Região Norte, no município de Santarém (Pará), contemplando o gestor municipal de saúde, os profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família e os usuários do SUS integrantes da população LGBT.

De forma breve, conforme descrito no perfil elaborado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública (2016), o município de Santarém está localizado no estado do Pará, com uma população, em 2010, de 294.580 habitantes. Sua área de unidade territorial é equivalente a 17.898,389 Km² e a

densidade demográfica de 12,87 (hab/km²). Em relação à distribuição da população por sexo, as mulheres representam o maior percentual com 50,06% enquanto os homens correspondem a 49,04% e a faixa etária com maior percentual foi a de 10 a 14 anos com 11,5% do total da população.

Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,691, e para a educação este índice foi de 0,648, em uma escala de 0 a 1. No que tange à renda per capita no município, esta cresceu aproximadamente 100,1% nas duas últimas décadas – levando-se em consideração o período de 1991 a 2010. Há um predomínio das religiões cristãs no município, sendo a religião Católica Apostólica Romana correspondente a 68,2%, as Evangélicas a 25,4%, as pessoas sem religião a 4%, e as demais religiões 1,3% da população residente.

O município possui 212 estabelecimentos de saúde, dos quais 24 são unidades básicas de saúde ou centros de saúde, com uma cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família de 32,29%, o que corresponde a 93.150 habitantes com 27 equipes de saúde da família, divididas em quatro distritos sanitários.

Trata-se de um município com a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT implementada, o que foi um critério na escolha do campo de pesquisa. Além disso, como critério foi observado sua abrangência populacional, maior que 50 mil habitantes e a estruturação da Atenção Básica (AB) baseada na Estratégia Saúde da Família e no modelo de saúde integral e familiar.

Sujeitos entrevistados

A busca pela compreensão da implantação prática da política exigiu olhar os diferentes sujeitos envolvidos na atenção à saúde da população LGBT.

Assim, inicialmente, buscou-se a percepção da política sob a ótica da gestão, entrevistando o gestor municipal de saúde. Em seguida, foram entrevistados os profissionais das Esquipes de Saúde da Família nas unidades básicas de saúde, sendo contemplada uma unidade por distrito sanitário. Por fim, foram ainda realizadas oficinas com os usuários do SUS, integrantes da população LGBT, contemplando o seguimento de lésbicas, gays e bissexuais. A seguir, estão descritos, de forma sintética o perfil de cada um dos entrevistados.

O Gestor municipal de saúde de Santarém, é formado em medicina com mestrado em doenças tropicais, se considera branco e possui como religião a Católica Apostólica Romana. Trabalha na área da saúde há 35 anos, tem cargo comissionado no Ministério da Saúde e está cedido à Secretaria Municipal de Saúde há 18 anos.

Os profissionais de saúde entrevistados no município de Santarém, tiveram um perfil bastante diferente entre si, foram entrevistados sete Agentes Comunitários de Saúde, quatro técnicos em enfermagem, quatro enfermeiras e dois médicos, em um total de dezessete profissionais. As idades

variaram entre 27 anos a 72 anos, e o tempo de trabalho na unidade no qual foram entrevistados variou de 01 ano e 8 meses a 28 anos.

Dos dezessete, sete (aproximadamente 41%), haviam trabalhado em outras Unidades Básicas de Saúde, com tempo variando entre 01 ano a 16 anos. 01 (aproximadamente 6%) profissional estava cursando o nível superior; dez (aproximadamente 59%) possuíam ensino superior completo, sendo que destes 6 possuem alguma especialização.

Quatro profissionais (24%) eram formados pelas Faculdades Integradas do Tapajós (FIT) instituição de ensino superior em saúde do município de Santarém, os demais eram formados por instituições como Universidade Paulista, Universidade de Uberaba e outras Fundações.

Ressalta-se, que foram convidados a participar da entrevista 20 profissionais, conformando quatro Equipes de Saúde da Família, todavia, dois médicos e um agente comunitário não quiseram participar.

A oficina de lésbicas e bissexuais femininas contou com a participação de oito usuárias do SUS, com perfil entre 20 a 31 anos. Todas se consideraram do gênero feminino, cinco afirmaram ser lésbicas e três afirmaram serem bissexuais. Entre as oito participantes, sete se consideraram pardas e uma se considerou branca. Em relação à escolaridade, cinco possuem o ensino médio completo, duas ensino superior completo e uma possui especialização.

A faixa salarial variou bastante, em que uma afirmou ganhar até R\$ 465,00, quatro afirmaram ganhar entre R\$ 466,00 a R\$ 930,00, uma afirmou ganhar de R\$ 931,00 a R\$ 1.395,00, uma afirmou ganhar entre R\$ 1.396,00 a R\$ 1.860,00 e uma afirmou ganhar de R\$ 2.971,00 a R\$ 6.000,00.

Quanto ao estado civil, cinco afirmaram serem casadas e três afirmaram serem solteiras. Em relação à religião, três se consideram católica, uma espírita kardecista, três não possuem nenhuma religião e uma considerou-se integrante de outra religião, que não fosse as listadas (afro-brasileira, católica, espírita kardecista, protestante e nenhuma), mas não especificou qual religião seria. Ademais, todas não eram militantes do movimento LGBT, nenhuma possuía convênio com planos de saúde e nenhuma considerou que possuía vínculo com alguma UBS.

Em relação à oficina com o grupo de gays e bissexuais masculinos contou com a participação de 11 usuários, com idades entre 20 a 36 anos, todos se definiram como homens, gays, sendo que dois também se definiram como “drag queens”, com exceção de um, que estava em uma união estável, todos eram solteiros. No que se refere à cor/raça oito afirmaram serem pardos, um afirmou ser branco, um afirmou ser preto e um não respondeu. Em relação a escolaridade um possuía o ensino fundamental, dois o ensino médio, quatro o ensino superior, três especialização e um mestrado ou doutorado.

Quanto a faixa de renda, 2 não responderam, 1 afirmou receber até R\$ 465,00, 1 entre R\$ 466,00 e R\$ 930,00, 2 entre R\$ 931,00 e R\$ 1.395,00, 1 entre R\$ 1.861,00 e R\$ 2.790,00, 3 entre R\$

2.791,00 e R\$ 6.000,00 e 1 mais de R\$ 6.000,00. Em relação à religião 10 se declararam católicos e um espírita kardecista. Entre os 11 participantes três são militantes do movimento LGBT, quatro possuíam convênio com plano de saúde e apenas três declararam possuir vínculo com alguma UBS.

Instrumentos e coleta de dados

A escolha dos instrumentos de pesquisa considerou os diferentes sujeitos envolvidos no estudo e com o intuito de ampliar e aprofundar as informações referentes ao objeto desta pesquisa, de modo a se ter maior aproximação da realidade, optou-se pela triangulação de técnicas de coleta de dados.

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador lidar com uma ampla variedade de evidências. Segundo Minayo (1993), a abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são de naturezas próximas. Beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise dos dados e das diversas técnicas e instrumentos de coleta de dados, optou-se por utilizar o desenho metodológico de triangulação de coleta de dados, em que estes dados devem convergir em um formato de triângulo para abordar o objeto desta pesquisa. Nesse sentido, foram elencados como instrumentos de coleta de dados: questionários, entrevistas e oficinas de abordagem.

Antes da ida dos pesquisadores à campo, foram realizados contatos prévios via telefone e e-mail, com a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santarém, no mês de novembro de 2014. Na oportunidade foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, apresentado a aprovação do comitê de ética e solicitado a aprovação da pesquisa na secretaria municipal de saúde. A aprovação foi concedida, entretanto, no mês seguinte, ocorreu a troca de gestão, sendo solicitada novamente a aprovação da pesquisa pela gestão atual. Novos contatos foram realizados, com a secretaria e com alguns integrantes da população LGBT, com vistas a informar sobre a pesquisa. Em abril foi novamente aprovada a pesquisa de campo no município, e entre os dias 08 e 12 de maio de 2016 foi realizada a coleta de dados.

O questionário (Apêndice 01) foi aplicado ao gestor (secretário municipal de saúde). A conversa com o gestor foi realizada no dia 09 de maio, na Secretaria Municipal de Saúde. Abordou questões referentes à gestão dos serviços de saúde e às características organizacionais da PNSILGBT. Embora fora utilizado um questionário como roteiro, a conversa com o gestor foi gravada e posteriormente transcrita, o que permitiu um olhar ampliado da percepção do mesmo na fase de análise.

A entrevista (Apêndice 02) foi direcionada aos profissionais de saúde. Foram sorteadas, aleatoriamente quatro Unidades Básicas de Saúde, uma por distrito sanitário. As entrevistas as unidades foram realizadas entre os dias 09 a 12 de maio, de acordo com a disponibilidade das equipes.

O roteiro de entrevista semiestruturado continha perguntas voltadas à implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, à organização e ao acesso dos usuários a estas ações, e à atuação dos profissionais no cuidado em saúde aos usuários do SUS integrantes da população LGBT. As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise posterior.

Com os usuários do SUS integrantes da população LGBT, foram realizadas oficinas de abordagem. Para Rasera (2007), a técnica de metodologias de abordagem permite a implicação dos participantes com a autodescrição que fica transparente nas conversas. À medida que vão se desenrolando, estas conversas conformam um jogo de significações e re-descrições, de forma que a mudança na autodescrição também faz emergir a rede identitária construída no e pelo grupo.

O roteiro da oficina (Apêndice 03) foi desenhado em quatro momentos, aquecimento inespecífico, em que há o reconhecimento do grupo entre si e deste com o pesquisador; aquecimento específico, em que o pesquisador introduz por meio de dinâmicas a temática a ser discutida; desenvolvimento, momento voltado à discussão do tema em questão; e fechamento, voltado à síntese dos assuntos recorrentes e singulares emergentes da discussão. A oficina conta com, no mínimo, 08 e, no máximo 12 participantes (RASERA, 2007).

Considerando que cada segmento (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais e homem trans) possui demandas e especificidades diferentes, as oficinas foram realizadas por seguimento. Os usuários foram convidados previamente a participar com dia e horário pré-definidos, compreendendo os dias 10 a 12 de maio. Foram marcados encontros no turno noturno e diurno, de acordo com a disponibilidade referidas pelos usuários. Ao total, foram realizadas duas oficinas uma com lésbicas e mulheres bissexuais, e outra com gays e homens bissexuais, sendo que as oficinas com os demais seguimentos não obtiveram quórum mínimo para sua realização. Cada oficina contou com oito participantes e teve duração média de 01h30m, foram gravadas e posteriormente transcritas para análise.

Todos os participantes da pesquisa concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 04, 05 e 06) referentes à sua participação.

Aspectos éticos

Trata-se de um estudo integrante da pesquisa nacional multicêntrica intitulada “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no SUS”. Realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (Nesp/UnB) em parceria com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia; Universidade de São Paulo; Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, sendo financiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Departamento de Apoio à Gestão

Estratégica e Participativa (DAGEP/SGEP/MS). A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Brasília com parecer favorável sob nº652/653.

Análise dos dados:

A primeira etapa deste estudo consistiu na revisão da literatura. Nesta fase foi realizada uma busca na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com vistas a identificar o referencial teórico sobre Políticas Públicas em Saúde para a população LGBT, buscando sintetizar as produções científicas acerca desta temática, conformando um artigo de revisão (Apêndice 07). Nesta revisão, juntamente aos documentos normativos referentes à saúde da população LGBT está ancorada a análise e discussão dos resultados dessa pesquisa.

Para a análise dos dados foi escolhido o método da hermenêutica-dialética baseada no referencial teórico-metodológico exposto por Minayo (2014). A escolha desta técnica foi por entender que esta se trata de um método cuja palavra de ordem é a compreensão, em que o pesquisador busca compreender os sujeitos estudados de forma ampla e não apenas em seu sentido objetivo, mas, em suas subjetividades implícitas e explícitas e nos vários contextos em que estão inseridos. Nas palavras de Gadamer (1999), a compreensão contém a gênese da consciência histórica, uma vez que significa a capacidade da pessoa humana – e no caso o pesquisador – de se colocar no lugar do outro (GADAMER, 1994 apud MINAYO, 2014, p. 328).

Esta compreensão, todavia, não se dá de forma única e estática, assim, o pesquisador em um único olhar, é incapaz de formular uma verdade concreta dos fatos, sendo a realidade dinâmica e a compreensão e conhecimento acerca da mesma é construído por meio de um processo permanente de idas e vindas, de forma a compreender e desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si (MINAYO, 2014).

Em síntese, para este estudo foram estabelecidas categorias pré-analíticas de acordo com os objetivos da PNSILGBT, entendendo que é a esta política que o estudo se dedica (Quadro 01), servindo de baliza para a análise dos resultados da investigação.

Inicialmente foi realizada a leitura flutuante das falas transcritas em busca de significados e padrões (familiarização com os dados). Após esta aproximação com os dados, foi realizada a leitura exaustiva dos discursos, codificando-os em núcleos de sentidos.

Em seguida, baseando-se nas categorias pré-estabelecidas mencionadas, foi realizada uma nova leitura verificando as congruências e singularidades entre os núcleos de sentidos encontrados e as categorias pré-analíticas, no intuito de identificar as novas categorias empíricas emergentes dos discursos. Após a redefinição das categorias, estas foram agrupadas em quatro temas para análise: 1 – Mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT; 2 – Atuação do movimento

LGBT na formulação de políticas de saúde; 3 – Abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT; e 4 - Atenção à saúde ofertada à população LGBT no município.

Por fim, os temas foram discutidos na concepção do gestor, dos usuários e dos profissionais. A opção na descrição por seguimento foi considerando a relevância de cada um desses atores e de seu lugar de fala dando sentido à implantação da Política. Finalmente, à luz desta política foram discutidos os encontros das percepções destes sujeitos, na prática.

A seguir estão dispostos, nas três percepções, os sentidos que cada ator atribui à PNSILGBT, no município de Santarém.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A política LGBT na prática: o caso do município de Santarém

A democracia surgiu quando, devido ao fato de que todos são iguais em certo sentido, acreditou-se que todos fossem absolutamente iguais entre si.

(Aristóteles)

Não há como discutirmos as conquistas democráticas sem antes nos debruçarmos sobre as diversas percepções dos sujeitos que as fazem na prática. Portanto, aqui estão descritas as percepções encontradas a partir da análise das oficinas realizadas com os usuários do SUS integrantes da população LGBT e, das entrevistas efetivadas com o gestor e profissionais da ESF de quatro unidades básicas de saúde do município de Santarém.

Optou-se pela descrição dos resultados por segmento, e na seguinte sequência: gestor, profissionais e usuários, para que as percepções descritas sejam apresentadas de forma a desenvolver uma lógica onde se possa analisar inicialmente a gestão dos serviços de saúde a partir da análise da percepção do gestor, identificando assim como a gestão local se organiza, como é conduzida e pensada. Em seguida, analisando a fala dos profissionais, identificar como os serviços de saúde são ofertados e conduzidos pelos mesmos. E por fim, analisar a percepção dos usuários, identificando os resultados desta política para a população.

Antes de apresentar os resultados e discuti-los, é necessário fazer uma ressalva ao(à) leitor(a): os temas mencionados foram inspirados nos objetivos da PNSILGBT com o olhar voltado, a princípio, à compreensão da implantação dessa política, perpassando o cenário do município de Santarém. É neste cenário que estão construídas as percepções dos sujeitos sobre a PNSILGBT.

A percepção do gestor

A ficção consiste não em fazer ver o invisível, mas em fazer ver até que ponto é invisível a invisibilidade do visível.

(Michel Foucault)

A gestão pode ser definida como o ato de gerir, administrar ou dirigir um conjunto de ações e estratégias que determinada instituição ou empresa utilizará no alcance de suas finalidades. Sendo assim, a gestão das organizações de saúde volta-se ao gerenciamento das ações executadas para a atenção integral à saúde da população, configurando-se como elemento imprescindível na efetivação das políticas em saúde, que é, ao mesmo tempo, condicionante e condicionada pelo modo como se organiza a produção de serviços (SILVA, 2013).

Os gestores de saúde são as autoridades sanitárias responsáveis pela coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria da execução das ações e serviços no sistema de saúde municipal, estadual ou federal (BRASIL, 2003). Dadas tais definições, é imperativo o papel do gestor e sua importância na execução das políticas em saúde. Portanto, este estudo não poderia seguir sem a visão desse ator no cenário da implantação da PNSILGBT em Santarém.

Foram alçadas questões voltadas às características organizacionais da Política, como: que área da Secretaria Municipal de Saúde ela está vinculada; como é a atuação da Secretaria na formulação de políticas públicas para a população LGBT; e, como tem sido a relação dos três níveis de governo e entre eles e a sociedade civil na discussão sobre demandas e especificidades de saúde para a formulação e implementação de políticas.

Nesse sentido, emergiram do discurso do gestor três grandes temas analíticos: mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT; atuação do movimento LGBT na formulação de políticas de saúde; e, atenção à saúde ofertada à população LGBT no município. Destaca-se que, ao se pensar a implantação da Política, é inerente refletir sobre as estratégias utilizadas para sua execução e qual ideologia a envolve. Essa reflexão guiou o primeiro tema, levando à discussão dos ideais políticos e dos mecanismos de gestão utilizados na execução PNSILGBT.

No que tange a sua ideologia política, o gestor demonstrou discordar das políticas afirmativas, denominadas neste estudo como políticas de equidade, pois estas sobrepõem grupos e concedem aos mesmos “direitos especiais”, levando-os a se acharem “melhores” que os demais, conforme destacado no trecho a seguir:

“Eu sei que a política ela só tenta arrumar privilégios especiais. Vamos colocar assim: cada grupo se acha mais importante do que o outro né? O quilombola acha que ele é melhor do que

o indígena, o indígena acha que ele tem que ter privilégios melhor (sic) do que os outros, aí os LGBT, é a mesma coisa” (Gestor).

Nessa fala do gestor fica explícito que, para ele, as políticas afirmativas – não somente a LGBT – concedem privilégios aos grupos a que se destinam. Ainda segundo ele, sua gestão parte da ideologia de uma “política de igualdade” quando destaca:

“A Constituição é a lei máxima, não existe nenhuma portaria, nenhuma política que esteja acima do que reza a Constituição e a Constituição reza para a gente a questão da igualdade, do direito à cidadania de cada um, e é isso que eu procuro cumprir, independente de qualquer política” (Gestor).

O conceito de ideologia no campo das ciências sociais e políticas, pode ser entendido como um sistema de crenças políticas ou visão de mundo de um determinado grupo social. Na política, para Heywood (2010 p.29) este conceito surgiu com a transição do feudalismo para o capitalismo industrial na tentativa constante de definir a sociedade industrial emergente. O liberalismo configura-se como uma das tradições político-ideológicas clássicas – ressaltando-se que essa linha ideológica não é única. No cerne da ideologia liberal encontra-se a igualdade de oportunidades de direitos, abolindo qualquer privilégio e considerando que uma vez em posição de igualdade, não haverá obstáculos capazes de impedir o alcance desses direitos. A posição que o indivíduo alcança depende única e exclusivamente de suas habilidades individuais, ou seja, a posição alcançada é a recompensa resultante de seus talentos individuais e é apropriada à sua máxima capacidade (BOBBIO, 1998).

Percebe-se no discurso do gestor quando parte do pressuposto que todos são iguais e as prioridades são definidas pela urgência do atendimento em saúde, e que é responsabilidade individual a exposição para a gestão de necessidades que evidenciem esta urgência, uma aproximação da ideologia liberal. Ressalta-se que esta ideologia não converge com o pressuposto das políticas de equidade em saúde, uma vez que, ao considerar todos como detentores da mesma oportunidade, atribui ao âmbito individual o alcance da atenção integral à saúde.

É evidente também, que ele usa a Constituição Federal - CF como argumento contra as políticas de equidade, fazendo-as parecerem menos importantes do que realmente são. Enfatiza-se, porém, que as ações e políticas de equidade não asseguram o fim da discriminação nos serviços prestados pela saúde. Todavia, ao criar barreiras e constrangimentos para essa discriminação ou mesmo exclusão de um direito universal, conferem maior visibilidade às necessidades dos grupos discriminados. Ou seja, constituem uma modalidade de intervenção que incide diretamente sobre as normas culturais vigentes em uma determinada sociedade e como tal, deve ser considerada na arquitetura de iniciativas voltadas à superação de práticas discriminatórias (MASSIGNAM et al, 2015).

De fato, a Constituição (1988) expressa em seu Art. 5º que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País

a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. No entanto, o artigo 3º também é claro quanto aos objetivos constituintes fundamentais da República Federativa do Brasil: “IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Ainda no que tange à saúde, o artigo 196 da Constituição define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL1988).

Embora a igualdade seja um princípio constitucional fundamental para a sociedade, esta não deve ser entendida em seu sentido limitado. Apenas a Igualdade de direitos não é suficiente para tornar acessíveis a quem é socialmente desfavorecido as oportunidades de que gozam os indivíduos socialmente privilegiados (BOBBIO, p.614, 1998). Não obstante os históricos cultural, econômico e político de marginalização a que alguns grupos foram e continuam sendo expostos, ainda não se pode obter um cenário capaz de promover o bem de todos sem preconceitos. Por ser a saúde um bem social, a questão do tratamento igualitário se complexifica, havendo a necessidade de se pensar em uma igualdade para iguais e uma desigualdade para desiguais, conformando o princípio da equidade, um dos princípios doutrinários do SUS, junto à universalidade e a integralidade (BRASIL, 1990).

As políticas sociais expressas na CF de 1988, devem, portanto, seguir este princípio, entendendo esta como sendo a melhor forma de garantia e promoção de um acesso universal, igualitário e de qualidade. O intuito das políticas de equidade na área de saúde é estabelecer uma justiça social tendo em vista as iniquidades que atingem determinados grupos da sociedade, que ficam marginalizados e vulneráveis (SCOREL, 2009; KAWACHI et al, 2002). Ou seja, proporcionar a estes grupos a oportunidade de vivenciar direitos que lhes são inerentes, mas que quando colocados em prática acabam negados pela discriminação e exclusão social.

É diante deste contexto que nascem iniciativas de discriminação positiva (ações afirmativas) que dizem respeito a ações que promovam justiça social a um determinado grupo que se encontra à margem da sociedade (PORTO, 2002), como é o caso das PNSILGBT, Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Floresta e Águas, Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, dentre outras.

Destaca-se que ao afirmar os privilégios concedidos por essas políticas afirmativas o gestor não traz em seu argumento experiências práticas de gestão que demonstrem privilégios ou a ineficiência das mesmas, uma vez que não as implementou.

Ao se analisar os objetivos, diretrizes e ações estratégicas previstas na PNSI LGBT, percebe-se que se referem a recomendações para a atenção à saúde da população LGBT, de forma que haja um tratamento não discriminatório, respeitando os direitos dessa população. A Política prevê ainda, ações de educação e promotoras de saúde com vistas a ampliar o acesso aos serviços de saúde de

qualidade, promovendo a integralidade na atenção à saúde das pessoas LGBT (BRASIL, 2013). Assim, não foi verificada a existência de nenhum componente que previsse estratégias concedentes de privilégios à população LGBT nos serviços de saúde.

O reconhecimento das iniquidades em saúde torna-se essencial em um sistema de saúde universal que prega a saúde como um direito de todos. Embora a temática da sexualidade seja uma discussão antiga, autores como Mello (2006, 2011, 2012), Paiva (2013), Fachinni (2005), Lionço (2008, 2012), Bento (2006), Massignam (2015) dentre outros, vêm se debruçando sobre a temática da discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e suas respectivas consequências na determinação social da saúde da população, sendo consideradas, inclusive, como iniquidades em saúde por se tratarem de situações de exclusão e vulnerabilização social.

O gestor afirmou que estas discriminações não existem no âmbito de seu município e que nunca vivenciou nenhum caso de desrespeito à população LGBT, conforme destacado no trecho a seguir:

“Eu não vejo nenhum grupo aqui, independentemente de qualquer coisa, que tenha essas doideces, essas loucuras como a gente vê por aí em cidades grandes. Eu não vejo ninguém assim, discriminando abertamente, nem falando mal. Eu ando por aí eu não ouço” (Gestor).

De acordo com o último relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB, 2016), 318 pessoas LGBT foram assassinadas no Brasil em 2015, sendo 52% gays, 37% travestis, 16% lésbicas, 10% bissexuais. Dentre esses, estão inclusos 7% de heterossexuais confundidos com gays e 1% de amantes de travestis. Em 2016, já foram notificados 184 homicídios até o mês de agosto. Os grupos que mais sofrem com a violência são os das travestis e transexuais, sendo que há um risco 14 vezes maior de uma travesti ou mulher transexual ser assassinada quando comparado ao de um gay (BRASIL, 2016).

Segundo agências internacionais, mais da metade dos homicídios contra transexuais do mundo, ocorrem no Brasil. Na Região Norte ocorreram 50 assassinatos (16%) com a população LGBT. Destes, 11 ocorreram no estado do Pará (BRASIL, 2015). Os dados apontam o quão vulnerável encontra-se esta população, que morre diariamente por conta da sua orientação sexual ou identidade de gênero. Sem contar as violências que nem sempre causam o óbito, como agressões verbais e físicas, e muitas vezes não são nem notificadas. Quando o gestor afirma não observar nenhum caso de discriminação ou violência contra esse grupo na pasta que gerencia, fica evidente a lacuna entre as estatísticas e os atendimentos.

Além do mais, diversas outras pesquisas reiteram as estatísticas. Os autores Cardoso e Ferro (2012) destacam que as questões culturais advindas do padrão heteronormativo influenciam, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais da saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais e gera situações graves de discriminação e preconceito contra as pessoas LGBT. Melo et al (2011) afirmam que recorrentemente encontram discursos que demonstram a

presença de atendimentos discriminatórios nos serviços de saúde no País, o que remete ao longo caminho ainda a ser percorrido rumo à conscientização dos agentes de saúde quanto às consequências individuais e sociais da homofobia.

A justificativa para a existência de práticas discriminatórias feita pelo gestor em um outro trecho da entrevista dá margens para se duvidar que ele realmente não tem conhecimento da existência de tais práticas em Santarém. Reafirma sua aproximação com a visão político-ideológica neoliberal expondo que as práticas discriminatórias tratam-se de desvios individuais, ocasionados pela má educação das pessoas:

“Eu acho que é um desvio de quem pratica, porque como todos os outros desvios, todos esses radicalismos são ruins [...]. É mais educação mesmo, entende? A questão de você tratar o seu semelhante como um irmão e é isso que acontece, se as pessoas olhassem desse jeito, não existia nada dessas coisas absurdas que existem por aí. O problema é que, infelizmente quando acontece isso, se criam várias leis e políticas tentando corrigir uma situação que, na verdade, é por falta de educação, por falta de ter um princípio ético, religioso” (Gestor).

Destaca-se que a afirmação do gestor associa princípios religiosos à educação das pessoas, bem como uma saída para a não ocorrência de radicalismos. Vale então um questionamento a quais religiões o gestor se refere. A pesquisa de Silva, Paiva e Parker (2013) revela bem como as doutrinas religiosas, principalmente as cristãs, lidam com a sexualidade dos seus seguidores, com exclusão, preconceito e discriminação. No Brasil e no mundo, a religião é uma das principais responsáveis e fatores que levam à discriminação e até a violência contra pessoas LGBT. Há posicionamentos radicais por parte de algumas delas porque condenam relacionamentos entre parceiros do mesmo sexo ou transexualidade. Muitos desses princípios religiosos e ideologias intolerantes geram violências físicas, psíquicas e sociais com esses indivíduos.

Atribuir ao âmbito individual a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e basear-se na vivência para tomada de decisão, nem de longe é a saída mais coerente. A iniciativa da tomada de decisão informada por evidências é uma excelente estratégia para otimização de tempo, recurso e para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e vem sendo aplicada também ao processo de formulação de políticas, em especial, as de equidade. Baseada no uso sistemático dos resultados da pesquisa científica, promove o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil, subsidiando a formulação de políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015). A PNSI LGBT foi subsidiada por essa estratégia, bem como pelas lutas e reivindicações do movimento LGBT (SILVA & NARDI, 2011).

Por não compreender o ideal das políticas de equidade e tão pouco reconhecê-las, o gestor demonstrou não trabalhar para disponibilização de ações e direitos à população LGBT, citando apenas o uso do nome social como uma ação voltada a essa população: [...] já está começando a ter, porque eu acho que tem até uma recomendação do Ministério Público para que isso aconteça” (Gestor).

Nota-se que a ação existe por se tratar de uma recomendação normativa, embora existam outras ações estratégicas previstas na Política. Essas, por sua vez, não compõem o plano de ação do gestor, o que reafirma novamente sua ideologia. Verifica-se, portanto, a necessidade do emprego de mecanismos de gestão que vão ao encontro das necessidades da população, reconhecendo suas vulnerabilidades, de forma a sair do âmbito empírico traduzindo efetivamente a realidade local.

Já posta a ideologia do gestor, o segundo tema trouxe a atuação do Movimento LGBT na formulação de políticas em saúde. Nessa perspectiva, buscou-se identificar a articulação entre a gestão e o movimento LGBT na avaliação da situação de saúde e, na proposição de diretrizes para a formulação de políticas de saúde.

Para essa articulação, existem os conselhos e conferências de saúde. As conferências são espaços para discussão e os conselhos consistem em órgãos de controle social do SUS nos níveis municipal, estadual e federal (BRASIL, 2016). Estes espaços foram criados para possibilitar à população a defesa de seus interesses coletivos perante a gestão e, para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais. Essa defesa é imperativa na luta para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde e o respeito à dignidade humana, em especial, quando se trata de uma coletividade marcada pelas iniquidades em saúde.

O gestor reconhece a legitimidade desses espaços e afirma que são ambientes abertos à sociedade civil, de forma que todos aqueles que apresentam demandas podem expressar-se livremente, desde que configurem grupos organizados. “Nós temos a Conferência Municipal de Saúde, ela é aberta a todos os segmentos, quanto mais organizado melhor” (Gestor). Embora o referido trecho destaque o livre acesso por parte dos segmentos, quando questionado se havia representantes do grupo LGBT nos referidos espaços, o gestor disse não saber. O mesmo aconteceu quando questionado sobre a ocorrência de conferências de saúde.

Em relação à instituição do Comitê de Política de Equidade ou da Política LGBT na Secretaria, o gestor informou que não foi instituído nenhum comitê, o que revela uma não priorização da PNSILGBT e o desconhecimento da representação social LGBT. A não representação social deste grupo acarreta um grande prejuízo à efetivação da atenção à saúde integral. Isso porque são os usuários que podem, efetivamente, comunicar à gestão suas necessidades. Sem essa comunicação, que é estabelecida por meio dos conselhos e conferências, o gestor não reconhece as demandas da população e, portanto, não se preocupa, nem prioriza as necessidades, como pode ser verificado no trecho a seguir: “A prioridade que eu defendo é a prioridade da necessidade [...]. Eu diria que por não ser um problema, ninguém fica correndo atrás de tentar resolver [...]. Se está tudo em silêncio, está tudo bem”, (Gestor).

A afirmação do gestor relacionando a inexistência das necessidades a serem priorizadas em decorrência do silêncio do grupo demonstra a ineficiência da comunicação com o grupo LGBT e o consequente não reconhecimento de suas prioridades.

Por fim, quando analisada a atenção à saúde ofertada à população LGBT em Santarém, notou-se o reflexo da ideologia também na assistência à saúde. “Aí é como eu estou lhe falando, eles é (sic) como todos os grupos. O interesse da secretaria é dar acesso e atenção de qualidade a todos eles, então nós não temos restrição a nenhuma reivindicação de qualquer grupo” (Gestor). Contudo, Startefield (2002) define acesso como a percepção do usuário acerca da oferta dos serviços, o que conversa com a percepção do gestor que, baseado em sua política de igualdade, afirma que há igualdade no acesso dos usuários aos serviços de saúde, referindo-se a um atendimento igualitário.

Se considerado o sentido dado por Sousa (2007, p.55), que entende acesso como o uso efetivo dos serviços de saúde, influenciado e resultante de diversos fatores individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado, a disponibilização dos serviços não significa a existência de um acesso igualitário, ou mesmo de acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, é possível concluir que a população LGBT não acessa os serviços de saúde, tendo em vista o contexto de violência, preconceito e vulnerabilidade em que se encontram, e, os fatores que influenciam negativamente a promoção desse acesso.

Finalmente, a percepção do gestor aponta a invisibilidade da população LGBT nas ações e prioridades da gestão atual do município de Santarém, indicando a necessidade de fomento ao diálogo com essa população e, de reconhecimento das vulnerabilidades em saúde a que estão expostos. Indica, também, a necessidade de discussão com os gestores municipais de saúde em âmbito federal, para que sejam capacitados e compreendam o porquê do emprego das políticas de equidade como promoção de direitos e justiça social.

Dada a percepção no âmbito da gestão, a seção seguinte irá debruçar-se nos discursos dos profissionais de saúde que traduzem as deliberações políticas estabelecidas na gestão no cuidado em saúde.

A percepção do profissional

“Conquistar a cidadania e portar-se como cidadão é uma batalha. Inúmeros atos de anti-cidadania povoam nosso passado, recente ou remoto. O importante é identificar e corrigir rumos. Mudar de atitudes a cada momento.”

(Gilson Carvalho)

A escuta dos múltiplos atores envolvidos no cuidado em saúde da população LGBT permite uma melhor compreensão da realidade, pois, são os profissionais de saúde que estão na linha de frente e quem mantêm contato direto com os usuários, sendo os responsáveis pelo cuidado na prática. Apostando em um modelo de atenção à saúde baseado na integralidade e reestruturado a partir da Atenção Básica (AB) como porta de entrada dos usuários nos serviços e coordenadora do cuidado, a escuta referida deve partir desses profissionais (STARTEFIELD, 2002).

No Brasil, a AB traz como estratégia para essa coordenação do cuidado o atendimento baseado em Equipes de Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico e dois Agentes Comunitários de Saúde (SOUSA, 2007). Nas entrevistas com estes profissionais foram levantadas questões sobre a implantação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT que dizem respeito às ações e serviços voltados para a população LGBT nas unidades de saúde e no município de Santarém, à organização e ao acesso dos usuários a estas ações, e à atuação dos profissionais no cuidado em saúde aos usuários do SUS integrantes da população LGBT.

Dos discursos, quatro temas de análise foram identificados, o primeiro voltado aos mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT, o segundo voltado à atuação do movimento LGBT na formulação de políticas de saúde, o terceiro referente à abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT e o último voltado à atenção à saúde ofertada à população LGBT no município.

Inicialmente foi possível verificar como os mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT eram percebidos nas práticas dos profissionais de saúde, elencando-se na análise as estratégias tocantes à educação permanente dos profissionais da saúde, o uso do nome social e o conhecimento da PNSILGBT.

No tocante ao conhecimento da PNSILGBT, todos os profissionais afirmaram desconhecer a política. Foram questionados ainda, sobre a existência de ações e serviços voltados para a população LGBT e todos afirmaram que não existiam ações específicas, sendo ofertado um atendimento igualitário.

Em seguida foram questionados sobre a necessidade de existência de uma política específica para atender as especificidades desta população, 13 afirmaram que deveria existir e cinco disseram que não deveria existir uma política específica, pois, para eles todos devem ser tratados com igualdade no atendimento.

Eu acho que não, não seria preciso uma política específica para atender umas pessoas que são pacientes iguais que os demais, eu acho que não, não tem porque existir isso. Você tem que atender todas as pessoas, além de qualquer coisa. M4

Estas percepções convergem com a ideologia política do gestor, quando destacam que todos os pacientes devem ser atendidos igualmente, quando demonstram não conhecimento da PNSILGBT e quando afirmam não existirem ações voltadas à essa população, o que demonstra a não implementação efetiva das políticas de equidade no município.

A afirmação da médica revela, uma confusão entre o conceito de igualdade com o da universalidade. Embora afirme que os pacientes são iguais o que remete à estratégia ideológica adotada pelo gestor, ao ressaltar em seguida que os profissionais devem atender todas as pessoas, a profissional faz referência à extensão de cobertura dos serviços, de modo a se tornarem disponíveis a toda a população aludindo à universalidade do acesso, que é também um princípio doutrinário do SUS (TEIXEIRA, 1990).

Todavia, percebe-se que a maioria dos profissionais entrevistados reconhecem a importância de uma política para atender as especificidades da população LGBT. Desse modo, a questão da equidade embora não colocada na prática como mecanismo de gestão já faz parte da inquietação da maioria dos profissionais, mesmo estes não conhecendo a política.

Este achado revela uma diferença entre o perfil dos profissionais de saúde e do gestor municipal, uma vez que é possível refletir se a maioria dos profissionais com posicionamento favorável à política possuem esta opinião por se relacionarem mais diretamente com a população, já o gestor por sua vez, não possui esta aproximação com a comunidade e provavelmente desconhece a realidade da população LGBT devido a este distanciamento. O desconhecimento desta população por parte do gestor fica ainda mais claro em sua fala já apresentada anteriormente, onde o mesmo apresentou o desconhecimento deste segmento populacional em sua comunidade, assim como desconhecer até mesmo as representações sociais da população LGBT em seu território.

Ainda por sua vez, os profissionais de saúde apresentaram sua percepção sobre educação permanente. Esta pode ser definida como uma prática de ensino-aprendizagem para produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, considerando a realidade vivida e os problemas enfrentados pelos atores envolvidos. Se apoia no conceito do ensino problematizador e da aprendizagem significativa em que as experiências cotidianas fazem conexão com o ensino, constituindo-se como ponto inicial da problematização (FIOCRUZ, 2016).

Eles demonstraram se sentirem despreparados na prestação do cuidado em saúde para a população LGBT referindo-se sempre a uma insegurança em como agir e o que falar durante os atendimentos, como pode ser observado nos depoimentos a seguir.

Eu fui me preparando devagarzinho né, porque olha só, treze anos.... Então logo no início, logo quando eu comecei a trabalhar, quando vinha alguém assim [da população LGBT] eu ficava com certo receio e tal né, de sei lá, de às vezes até falar alguma coisa e achar que eu estava ofendendo. Depois eu aprendi e hoje para mim [...] não tem diferença eu trato eles todos iguais. P5

Eu acredito que nós precisamos de mais capacitação, até porque existe assim essa situação, você saber como lidar com ele, como conversar, como expor a situação para ele [o usuário], para ele ter esse elo de ligação com a gente né, esse elo de confiança [...], apesar de vários anos de trabalho, eu sinto essa dificuldade, mais assim, na questão do medo da reação deles, entendeu. P9

Na visão destes profissionais a população LGBT está melhor informada sobre seus direitos e isso gera uma insegurança no profissional tendo em vista a possível reação destes usuários. Relataram ainda casos em que os profissionais de saúde deram informações erradas para estes usuários.

Eu digo isso assim por exemplo, porque eu já vi colegas aqui não esclarecerem as coisas para eles [população LGBT] porque tem muita gente que eu já percebi aqui da população LGBT que vem e já tem consciência, é estudado, tem informação boa... Sabe dos direitos. Eu já vi colega aqui que não faz o certo, só que como a gente é uma equipe, sempre dá um jeito – Ah deixa que eu atendo, porquê né? Para não dizer que está tratando mal, deixe que eu atendo para tirar [a dúvida]. Então acredito eu que nem dentro da unidade as pessoas estão preparadas. P6

Nota-se ainda neste discurso que alguns profissionais acabam por atender os usuários do grupo LGBT para não permitir que profissionais despreparados cometam erros durante o atendimento ou abordagem aos usuários, o que revela uma atitude mais voltada para a autoproteção, evitando trazer más consequências para a equipe. Portanto, mesmo o cuidado com a abordagem à população LGBT ainda está voltado para o sentimento de autoproteção, e não exclusivamente voltado à preocupação em fornecer a o melhor atendimento possível àquele usuário. Este fato aponta a urgência em sensibilizar e capacitar os recursos humanos da saúde com relação às especificidades da saúde LGBT. É necessário que os profissionais do setor tenham maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para a qualificação dos serviços prestados pelas diversas áreas (ALBUQUERQUE et al, 2013).

Vale ressaltar que a capacitação permanente dos profissionais de saúde é um dos objetivos específicos da PNSILGBT. Os relatos, todavia, apresentam o despreparo e a insegurança dos profissionais perante esta população o que revela uma fragilidade na implementação deste quesito da política.

Essa fragilidade é reafirmada, quando observada a inexistência de capacitação sobre a temática LGBT tanto em sua formação acadêmica quanto por parte da Secretaria de Saúde. Dos 18 entrevistados nenhum informou ter recebido alguma capacitação em sua formação ou pela Secretaria de Saúde, sendo que cinco afirmaram ter recebido alguma informação sobre a temática.

Embora fique evidente a necessidade em capacitação sobre a temática de saúde LGBT, foi possível observar que esta fragilidade é reconhecida pelos próprios profissionais, o que pode ser visto como uma oportunidade para elaboração e implementação de estratégias de capacitação e formação permanente às equipes de saúde.

A educação baseada em uma pedagogia libertadora pressupõe uma práxis revolucionária onde teoria e prática são indissociáveis. Freire propõe uma educação em que os sujeitos são autores do

conhecimento, ora educandos, ora educadores. Essa perspectiva pressupõe o estabelecimento de uma ação dialógica em que há uma autoconscientização do educando, o que supõe a superação da visão mecanicista de educação e das dicotomias na relação teoria-prática (MACIEL, 2011).

Nesse sentido, considerando a proposta freireana, há a necessidade de elaboração de estratégias de educação permanente para os profissionais de saúde no que diz respeito às suas práticas cotidianas no cuidado em saúde com o usuário, induzindo-o a um processo de educação com vistas ao reconhecimento das subjetividades dos sujeitos a que se destinam suas práticas e da sua própria subjetividade, levando-o a uma reflexão crítica sobre a ação anterior e a subsequente (FREIRE, 1982). Somente com este processo de educação permanente libertadora e crítico-reflexiva, é que se poderá transformar a realidade do cuidado em saúde voltado à transformação de práticas e promoção da saúde de grupos oprimidos historicamente, portanto, sendo tal processo determinante da efetividade da implantação da PNSILGBT.

Todavia, destaca-se ainda que, ao se refletir sobre a atenção à saúde LGBT, deve-se considerar que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero não são atributos identitários ou marcadores sociais únicos, mas que se associam a outros marcadores, como por exemplo a idade, raça/cor e classe social. Isto significa dizer que o sujeito não pode ser pensado apenas como “gay”, “lésbica”, “bissexual”, “travesti” ou “transexual”, já que seu corpo/self também pode ser negro-rico-jovem, entre tantas outras combinações possíveis dos atributos raça/cor, classe social e idade (MELLO, 2012, p.12).

Outro destaque encontrado durante o discurso dos profissionais de saúde se refere ao uso do nome social nas unidades assistenciais. Este tema foi apresentado na fala de alguns profissionais que se referiram ao uso do nome social como algo já em implementação nas unidades de saúde durante consultas e agendamentos:

Olha, nós temos um exemplo, por exemplo, que eu posso dizer, que a gente está fazendo essa institucionalização, principalmente a respeito do nome social, isso nós fomos orientados, que pouco que tenho conhecimento é sobre isso, nós estamos fazendo aqui na unidade, que tem que ser feito, que foi repassado, e nós estamos tentando, se ele pede o nome social, então a gente vai chamar ele pelo nome social. P9

Muitas vezes, por exemplo, eles querem que a gente chame eles pelo nome social, e muitas vezes a gente pega aqui, e a gente vê o nome deles normal né, aí a gente tem que ter essa conscientização de que agora eles têm o direito deles, nós precisamos respeitar o direito deles, precisamos estar nos adaptando à essa nova situação, do direito deles né, que a gente precisa melhorar a questão do atendimento. Precisa ser passado essa nova situação deles para nós, como profissionais, que nós estamos precisando dessas informações. P9

Todavia, conforme pode ser visto no fragmento acima, ainda consiste em um desafio a utilização do nome social no atendimento a transexuais e travestis por parte dos profissionais. O uso do nome social vem sido discutido no âmbito jurídico, com vistas a assegurar o direito ao tratamento dos usuários conformidade com a identidade de gênero com a qual se identifica.

Está previsto normativamente na Portaria nº 1.820/GM/MS, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários(as) da saúde e assegura o uso do nome social no SUS; na Carta dos Direitos do Usuários do SUS, de 2009; na Portaria nº 2.836/GM/MS, de 1º de dezembro de 2011, que institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais sendo um dos seus objetivos específicos; e ainda no Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública, estabelecendo que: Art. 2º Os órgãos e as entidades da administração pública federal, em seus atos e procedimentos, deverão adotar o nome social da pessoa travesti ou transexual, de acordo com seu requerimento.

Embora seja um direito assegurado, percebe-se que o uso do nome social no cotidiano dos profissionais de saúde está condicionado à iniciativa do profissional que atende o usuário transexual. Além da negação de um direito, a não utilização do nome social por parte dos profissionais leva a precariedade do acolhimento às(os) transexuais e às travestis, um dos principais fatores da exclusão destes usuários no sistema de saúde (ARÁN et al, 2009), o que remete novamente à necessidade de capacitação destes profissionais, com vistas a qualificar sua abordagem com a população LGBT.

Os mecanismos de gestão que foram percebidos nos discursos dos profissionais como o uso do nome social, a capacitação dos profissionais e o conhecimento da PNSI LGBT demonstrou que estes mecanismos não estão efetivados nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde. Esses resultados remetem ainda à abordagem do profissional no atendimento aos usuários da população LGBT, tendo em vista que a incipiência destes mecanismos reflete diretamente no atendimento ofertado a estes usuários. Portanto, o questionamento a seguir será com base na abordagem profissional com a população LGBT.

Foi possível perceber nos discursos as diversas opiniões dos profissionais sobre a discriminação e preconceito nos serviços de saúde. Alguns referiram-se à discriminação como sendo reflexo do comportamento da sociedade afirmando que há um preconceito por parte da sociedade que limita o usuário, levando o mesmo a não procurar os serviços de saúde, pois, os outros usuários (a sociedade) os tratam de forma discriminatória e desrespeitosa, associando o usuário do grupo LGBT ao portador de DST.

Às vezes alguns [usuários] ficam com vergonha, ficam meio fechados no momento de falar, ou de se expressar, ou de conviver com as demais pessoas por essas preferências que têm. P4

Acho que a sociedade em si ela vê assim, quando é dia 1º de dezembro é o dia de combate à Aids. E só veem por esse lado, mas não vamos pensar que todas as lésbicas têm o HIV, a gente vê bem que existe muito preconceito. P15

Este fato, segundo eles, é agravado com o comportamento das famílias destes usuários, pois, não apoiam os mesmos, limitando novamente este usuário na procura por atendimento, conforme destacado no trecho de fala a seguir:

Bom, primeiramente, quando a gente vai numa família [...] as vezes a mãe não está. Aí essa mesma pessoa [usuário da população LGBT] chega para gente, conversa, e a gente pergunta desde quando que eles estão [em um relacionamento homossexual]... se a família sabe? O problema maior, é que as vezes a família não sabe. E isso cria um atrito muito grande na casa. P14

Outro destaque foi referente à área de abrangência das unidades, em especial a UBS que se localiza na zona rural, o que segundo eles gera desconforto para o usuário na procura de atendimento, pelo fato de todos da área de abrangência da unidade se conhecerem, destacando “[...] a comunidade é pequena em torno de umas 20 e 30 poucas famílias no mesmo local. Ele sofria muito preconceito” P6.

A partir destes resultados, é possível observar a presença da discriminação e preconceito por parte da sociedade, e até mesmo da própria família, contra a população LGBT. Portanto, este cenário se agrava uma vez que os usuários LGBT passam a sentir medo de expor a sua orientação sexual ou identidade de gênero ao frequentar as unidades de saúde, relacionando este ambiente a um espaço onde estariam sujeitos a sofrer discriminação, ou de que sua orientação sexual e identidade de gênero seja divulgada para a comunidade, ou até mesmo para sua família.

Destaca-se que a PNSILGBT não prevê ações estratégicas voltadas à família desses usuários nem à comunidade em geral, o que demonstra uma fragilidade desta política, uma vez que o vínculo familiar e os contextos sociais em que os usuários da população LGBT estão inseridos são determinantes que influenciam diretamente no processo de saúde-doença (FRANCO, 2008).

No discurso da maioria dos profissionais o auto preconceito e a vergonha de si é referido pelos profissionais como um entrave na atenção à saúde dos usuários da população LGBT. O medo na busca por atendimento e de se expor perante a sociedade, e família, é entendido como um obstáculo à abordagem profissional, uma vez que este comportamento dificulta o acesso do usuário, a relação usuário-profissional, e o estabelecimento de vínculo entre a população LGBT e os profissionais de saúde da atenção básica.

Todavia, conforme o estudo de Araújo e colaboradores (2006) o grupo LGBT teme revelar sua orientação sexual nos serviços de saúde, pois imaginam o impacto negativo que isso trará à qualidade da assistência. O que pôde ser verificado no discurso de outros profissionais, relatando exemplos de usuários que solicitam atendimento nos horários em que as unidades se encontram mais vazias, para evitar exposição e possíveis constrangimentos, conforme descrito nos trechos de falas a seguir:

[...] na verdade, eles mesmos por si só acabam achando que são discriminados, independentemente de serem ou não. Eles já acham isso por se acharem né? Na situação, quando chegam, né? Então normalmente eles pedem uma prioridade, tipo - Olha enfermeira, eu preciso falar com a senhora, más... eu gostaria que fosse tal horário. - Isso já aconteceu, que eles preferem para ficar mais à vontade, pra gente poder conversar melhor. P11

Eu conheço pessoas assim, amigos pessoais que são, né? Que eu já falei e disse assim – Olha, tem vergonha de ir na unidade porque como tu és homossexual e tem muita gente lá do bairro que não sabe que tu é, tu vais ficar com vergonha, né? Vai lá no CTA que lá tem um monte

de gente, e eles nem vão conhecer, lá eles vão fazer palestras e vão fazer brincadeiras. Existe em locais que muitas vezes eles não vão [...] porque eles [...] mesmos têm meio que um preconceito, né? P6

Sim, eu acho que a gente deveria fazer assim, mais conscientização até mesmo para eles, porque eu sempre digo assim, o homossexual ele exige tanto dos direitos, ele cobra tanto ser visto, mas ele mesmo se esconde. Não sei se pelo fato de sofrer represálias porque tem muita gente que tem preconceito, ou se o fato mesmo de medo dele próprio. P3

Portanto, identifica-se que os profissionais de saúde da AB e ESF encontram um grande desafio em sua prática perante o cumprimento dos princípios da Atenção Básica, conforme estabelecidos pela PNAB (2012), e os objetivos da PNSI LGBT (2013). Com isso veem-se comprometidos o estabelecimento do vínculo e a coresponsabilização da atenção às necessidades de saúde da população LGBT (STARFIELD, 2002. BRASIL, 2012; 2013).

O vínculo pode ser entendido como a relação de afetividade e confiança entre o usuário e o profissional de saúde, capaz de ampliar a coresponsabilização pela saúde. É construído ao longo do tempo e carrega em si um potencial terapêutico, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço, ampliando a eficácia das ações de saúde e favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço (CAMPOS, 1997; FRANCO, 2008; BRASIL, 2012).

Quando questionados diretamente sobre o vínculo dos usuários a população LGBT com as unidades, após o atendimento prestado pelos profissionais, afirmaram que a população LGBT nem sempre se vincula à unidade destacando ainda que:

[...] eles são bem atendidos, eles só não são bem atendidos quando eles não procuram, né. Porque você sabe, quem trabalha com eles sabe, se for pela vontade deles eles não vão procurar atendimento, então a gente tem que incentivar, a gente tem que ficar indo em cima, em cima deles para que eles possam ir atrás. P16.

Enfatizaram novamente a resistência do usuário da população LGBT em procurar os serviços de saúde como um fator limitante no estabelecimento deste vínculo. Os vínculos quando referidos se voltaram à um profissional em específico e à forma como este profissional acolheu o usuário.

Olha, tratei todos os pacientes como eu sempre trato. A primeira coisa é ter uma boa relação com o paciente, para depois que o paciente conseguirter a confiança comigo para [expor] o problema. P1

O estabelecimento de vínculo está diretamente ligado à confiança, o que pressupõe uma abordagem profissional acolhedora, conforme destacou o profissional no trecho acima. Pode-se afirmar que para o estabelecimento de vínculo entre o usuário e o profissional é necessário o reconhecimento de sua realidade, o interesse pelo outro e o estabelecimento de diálogos significativos. Nesse sentido, não há formação de vínculo se o usuário não for reconhecido como sujeito que fala, percebe e participa, o que pode também ser verificado no estudo de Ilha e colaboradores (2014).

Deste modo, a vinculação dos usuários da população LGBT às unidades e consequentemente o acesso aos serviços de saúde está intimamente ligado à forma como estes usuários são recepcionados

nas instituições de saúde. Não há como presumir que uma população que se encontra historicamente submetida a situações de preconceito, discriminação e violência sinta-se à vontade e segura para acessar os serviços de saúde (MELLO, 2011). O que aponta a necessidade de uma abordagem profissional ética e acolhedora (SANTOS et al, 2015). Fato que também pôde ser verificado no discurso dos profissionais, que reconhecem o potencial das práticas humanizadas e acolhedoras como capazes de estabelecer estes vínculos:

Assim, eles vêm até a gente, (...) a procura de atendimento, e devido a conversa que a gente tem e o acolhimento com eles, acabam dizendo que são [homossexuais] e que tipo de atendimento eles vêm atrás... P10

Eu acho que é essa questão do acolhimento, de como chegar, né? A gente ser muito receptivo a ele, porque como eu falei, em muitos lugares eles são maltratados. Então quando eles vêm aqui... Eles esperam alguém que os trate bem, porque eles já foram em vários lugares. Chega na unidade... como o nome diz é unidade, uma coisa que é uma união. Então, eles deveriam ser muito bem tratados, porque eles já foram por aí e já foram maltratados. P6

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS foi criada orientada pelo princípio da equidade e traz como uma de suas diretrizes gerais a sensibilização das equipes de saúde em relação aos preconceitos que permeiam suas práticas (MASSIGNAM et al, 2015). Isto implica em um reconhecimento, por parte dos profissionais, como sendo sujeitos capazes de acolher o usuário, isentos de quaisquer julgamentos pessoais, compreendendo suas necessidades e contexto social. Há um gap gerado pela discriminação e preconceito de práticas profissionais conservadoras e baseadas no fundamentalismo religioso, que está posto como um dos maiores desafios na atenção à saúde da população LGBT. Este desafio se complexifica quando se assume a não neutralidade dos profissionais na abordagem com essa população. Nesse sentido, novamente a alternativa está na educação permanente desses profissionais baseada na problematização das práticas vigentes.

Embora haja a preocupação com a vinculação do usuário e o reconhecimento do seu papel nessa geração de vínculo, percebeu-se nos discursos dos entrevistados uma forte associação dos usuários da população LGBT como sendo portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis e com características comportamentais “promíscuas”, ou seja, alta rotatividade de parceiros e não prevenção de DST's.

Mas assim, a gente como profissional da área de saúde tenta orientar a prevenção deles, a gente não está julgando ninguém, não quer julgar ninguém. A gente fala - Você, se previna, porque é uma opção sua [...]. Acho que cada um tem sua opção.

A demanda são mais as Doenças Sexualmente Transmissíveis, sempre procuram mais, ou é a Gonorreia, ou a Sífilis, ou medo mesmo do próprio HIV. Caso faça a relação sem preservativo, depois eles vêm até a gente e procuram fazer o teste rápido, porque se expos, então é nesse sentido. P15

O Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de AIDS, em que segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,2 mil; o Sudeste, 17,0

mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil. A taxa de detecção de aids no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,5 casos para cada 100 mil habitantes; também se observa estabilização da taxa na região Sul, com uma média de 31,1 casos para cada 100 mil habitantes. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentam uma tendência linear de crescimento significativo; em 2005 a taxa registrada foi de 14,3 (N) 11,7 (NE) e 17,3 (CO) casos para cada 100 mil habitantes, enquanto que no último ano a taxa foi de 25,7 (N), 15,2 (NE) e 18,4 (CO), representando um aumento de 79,7% (N), 30,0% (NE) e 6,4% (CO). A região Sudeste é a única que apresenta tendência de queda nos últimos dez anos; em 2005, a taxa de detecção foi de 25,3, passando para 18,6 casos a cada 100 mil habitantes em 2014, correspondendo a uma queda de 26,5%. A epidemia brasileira de novos casos, está concentrada em populações-chave que respondem pela maioria de casos novos do HIV em todo país, como gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, pessoas que usam drogas e profissionais do sexo (BRASIL, 2015b).

Esses dados apontam a necessidade de uma atenção promotora de saúde com vistas à redução da ocorrência de DST's. A preocupação dos profissionais com a prevenção destes agravos e a orientação dos pacientes é pertinente, tendo em vista que a população LGBT é um grupo de risco, porém deve-se pensar em qual a melhor forma de abordagem dos profissionais de saúde com essa população e quais devem ser as estratégias de intervenção.

Nesse sentido, a associação da população LGBT às DST's, principalmente à Aids, é decorrente da epidemia de HIV/Aids na década de 80, momento de grande repercussão que condicionou a doença ao grupo de homens gays, é refletida até os dias atuais (MELLO, 2012; GOFFMAN, 2004). Pode-se afirmar que a orientação sexual e a identidade de gênero são determinantes e condicionantes da situação, pois a intolerância, o estigma e a exclusão social relacionadas a diversidade sexual são geradoras de sofrimento e limitadoras do acesso da população LGBT aos cuidados de saúde (MLELO, 2012).

O estigma se faz presente na abordagem dos profissionais no que se refere à condução dos atendimentos com a população LGBT. Práticas como estas voltam-se ao antigo modelo assistencial curativo, focado nas doenças e agravos e não reconhecendo os usuários como sujeitos integrais, o que não promove a consolidação de um modelo de atenção à saúde integral e familiar que tem como foco a saúde do indivíduo, em seu sentido amplo, conforme preconizado nos princípios e diretrizes do SUS (PAIM, 2010; SOUSA, 2007).

Este fato é agravado pela associação de práticas sexuais promíscuas e condenadas socialmente. Ser portador de alguma DST está relacionado, portanto, à promiscuidade e mesmo tendo sido dissociado deste conceito no campo das evidências científicas, apresentando a alta taxa de infecção entre heterossexuais, este estigma ainda se faz presente, conforme verificado nas falas.

O trecho a seguir revela ainda que estas abordagens além de focadas na prevenção não consideram a capacidade crítico-reflexiva dos usuários e que se baseiam em um modelo de educação em saúde mecanicista e vertical, considerando o indivíduo como mero receptor de conhecimento.

A gente aqui conversa muito com os jovens que vem coletar o TCCU, garotas, jovens que mantêm relação sem camisinha, né. Então hoje aquela população não está preparada para usar camisinha. Por falta de orientação não é, porque a gente trabalha com as escolas, a gente orienta também nas escolas, mas aparece muita gente doente ainda aqui, com doenças sexualmente transmissíveis. P11

A demanda maior é por doenças sexualmente transmissíveis, HIV. Por desconhecimento dos preservativos, ou então, como o tratamento ficou mais fácil do HIV o pessoal abusou e começou a esquecer o preservativo, é um problema sério e está ocorrendo inclusive no mundo e no Brasil inteiro. P8

Os profissionais devem, portanto, rever sua abordagem com a população LGBT, centrando-se no indivíduo e tendo a prevenção como resultado do cuidado, e não como primeira abordagem e centro do atendimento.

Outro destaque na abordagem destes profissionais, reforça a presença do estigma, voltado também ao estereótipo do homossexual na visão destes profissionais, sempre se referindo a eles como se fosse uma palavra que não se pode pronunciar, um tabu, associando-os além da promiscuidade, a comportamentos agressivos, a anormalidade e a não aceitação de seu gênero.

Não, para vim procurar o serviço é a prevenção né, eles vem, mulheres vem fazer preventivo, eu até chamo mais, eu digo - Olha traz a tua parceira pra fazer, porque não é porque ela faz que o lado masculino então não vai precisar fazer, ela precisa fazer - só que não vem, não vem sabe, veio só a que é o feminino né, a que faz a parte feminina mesmo, a masculina mesmo até hoje nunca na minha vida fiz um preventivo de uma mulher assim que faz o papel do masculino. P1.

E tem também... tem situações já entrando nessa parte que a gente desconfia mais nunca tem certeza. Tem... porque tem uns que são tratados pelos pais como doentes, então a gente nunca consegue saber se ele realmente é ou não, mas que tem relatos de outras pessoas que dizem que é, mas a gente nunca teve a confirmação aqui nesse bairro, já teve esse caso. A gente tem um rapaz que é acompanhado, e ele toma remédio controlado, só que todo tempo ele está dopado, como se ele tivesse dopado por tanto remédio que ele toma, porque ele era agressivo. A mãe dele disse que ele era só agressivo: - Ah, ele era muito agressivo, por isso que o doutor passou esse monte de remédio - Só que os vizinhos dizem que ele era homossexual. Aí ninguém sabe qual é verdade, porque ele não fala. Ele fala... ele grita. Mas, se for perguntar assim pra ele, ele não responde. P6

O constrangimento e desconforto dos entrevistados com a palavra LGBT, homossexual, travesti e lésbica ficaram evidentes. Estes além de não se referirem a esta população usando um termo ou palavra específica, omitiam palavras e questionavam o porquê de os entrevistadores pesquisarem aquele tema.

O exposto demonstra que, apesar de os profissionais reconhecerem a discriminação que a população LGBT sofre, a importância da sua abordagem no atendimento e estabelecimento de vínculo com esta população, haja vista essa discriminação, eles ainda não conseguem identificar em suas

práticas os comportamentos preconceituosos, levando a abordagens cotidianas que ao invés de vincularem o usuário às unidades afasta-os por não se sentirem seguros.

Além desses, os motivos assinalados pelos usuários como causa dessa baixa procura vão desde as reações discriminatórias por parte dos profissionais, após a revelação da orientação sexual, até a falta de especificidades nos serviços de saúde vivenciada por consultas que não respondem às demandas do grupo LGBT (BARBOSA & FACHINNI, 2005).

Por fim, buscou-se entender na visão dos profissionais qual a atenção à saúde à população LGBT resultante de suas práticas. Seus discursos permearam a temática do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A percepção dos profissionais sobre este acesso apontou um acesso igualitário, ou seja, um acesso que pressupõe todos iguais, de forma que todos aqueles que procuram os serviços são atendidos de forma igual:

Assim, porque aqui na verdade a gente não faz distinção, a gente atende todo mundo de maneira igual, igualitariamente. [...] a gente sempre recebe orientações, para atender todos de maneira igualitária, da mesma forma, independente. P5

Você pode até saber que fora daqui aquela pessoa tem relacionamento. Mas aqui você como profissional você tem que tratar eles da mesma... do mesmo jeito. P11

Embora afirmem que este acesso é ofertado a todos, já se definiu anteriormente, que este acesso é influenciado por diversos fatores individuais, de contexto e da qualidade do atendimento. A influência familiar e a abordagem inadequada consistem em alguns desses fatores o que já apontam limites nesse acesso. Outro limitador também já discutido, consiste na dificuldade destes usuários em procurarem as unidades. Estes exemplos, assim como a afirmação de todos os profissionais que, os usuários que chegam às unidades são atendidos de forma igualitária, permitem concluir que a população LGBT não está acessando efetivamente estes serviços. Acessa quem chega, e esta população claramente não consegue chegar.

Quando questionados sobre o local de atendimento 13 profissionais afirmaram que o cuidado deveria ser prestado na unidade básica, considerando que o atendimento em ambulatórios específicos seria uma forma de discriminação e preconceito com estes usuários, ou uma forma de exclusão.

Eu acho que poderia ficar junto. Eu acho mais fácil, assim... se tu de repente [criar ambulatório específico] vai estigmatizar. E tem pessoas que são, e não vão fazer parte [...], eles não vão aderir. P1

Os outros seis entrevistados afirmaram que o atendimento à população LGBT deveria ser ofertado em um ambulatório específico, destacando que seria uma forma de eles serem atendidos sem sofrer preconceito:

Em primeiro lugar tinha que criar um centro específico para eles, porque tipo assim, eles vão ter preconceito com certeza de vir até a unidade, porque cada um é cada um, eles têm uma unidade onde não recebem bem. P14

Ambas as visões se referem a preocupação dos profissionais com a exposição do usuário LGBT e não ao cuidado em saúde propriamente dito. Não se referiram, em nenhum momento, à uma melhoria na qualidade do cuidado, mas, à exclusão por ir a um ambulatório específico em que todos saberão que o indivíduo é do grupo LGBT ou à inclusão em um ambulatório específico por todos serem da população LGBT. Percebe-se então, na visão destes profissionais uma polaridade do atendimento, embora dito igualitário, revelado discriminatório e estigmatizante.

Como forma de melhoria desta atenção, alguns profissionais sugeriram à criação de grupos específicos como forma de voltar ações específicas para atenção à saúde da população LGBT,

[...] deveria ter um programa, sei lá, uma coisa específica. Porque como que te falei, a gente trabalha no geral, né. A gente não seleciona, no caso a gente tem os programas que é o CD, que a gente trabalha a partir da criança. Tem o grupo de hiperdia, que é o grupo de hipertenso e diabético, é... tem o grupo de saúde mental, e se de repente for formado algum grupo. P2.

Todavia, para os demais esta ação específica também seria uma forma de discriminação e exposição dos usuários LGBT, acarretando prejuízos e podendo aumentar o distanciamento destes usuários com a unidade.

Por fim, os discursos apontaram para a invisibilidade dos usuários da população LGBT nas unidades básicas de saúde. Os profissionais em sua maioria referiram-se à esta população como uma população que “não existe” ou “se existe, não procura a unidade”, ou seja, os profissionais não sabem quem são os usuários da população LGBT. Não foi identificado em nenhum dos discursos a presença de usuários travestis ou transexuais, quando questionados os profissionais afirmaram nunca ter atendido nenhum usuário deste grupo.

Também não foi identificada nenhuma forma de articulação entre o movimento LGBT e estes profissionais o que agrava esta invisibilidade. A articulação com o movimento e as unidades de saúde, poderia facilitar o acesso e o vínculo profissional-usuário.

Tendo em vista o exposto, infere-se que os profissionais enfrentam desafios diários na condução do atendimento à população LGBT. As situações de violência que esta população foi e é exposta acaba tornando-se uma barreira na procura por atendimento, somado a isso tem-se uma abordagem profissional, na maior parte das vezes inadequada e dotada de estigmas e preconceitos por parte do profissional, o que reflete em uma atenção e um acesso incipiente, deixando esta população ainda em contexto de vulnerabilidade e invisibilidade no sistema de saúde.

Portanto, há a necessidade de uma educação permanente dos profissionais para a qualificação do cuidado em saúde para a população LGBT. Esta educação só se fará eficaz se partir dos sujeitos e

da problematização de suas práticas conformando uma ação dialógica crítico-reflexiva, em que sejam questionadas e transformadas as ações e ambientes.

Finalmente, a seção seguinte irá dedicar-se à análise do reflexo da política, perpassando assim a percepção do usuário, ator que vivencia as ações e serviços de saúde ofertados.

A percepção do usuário

“Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza.”

(Boaventura de Sousa Santos)

As oficinas com os usuários tiveram o intuito de investigar suas experiências nos serviços de saúde, de que modo essas experiências afetavam positiva ou negativamente suas vidas, e na percepção deles quais avanços e desafios se colocam na atenção à saúde da população LGBT.

Desta investigação emergiram os temas da atenção à saúde ofertada à população LGBT no município, dos mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT e da abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT.

Em relação a atenção, os discursos apontaram que o acesso da população LGBT aos serviços de saúde só se dava quando era facilitado por profissionais de saúde conhecidos, conforme destacado:

Ah, se não tivesse o João [profissional de saúde da UBS] eu estava frito. U1.

Eu acho que a saúde aqui em Santarém, ou você recorre a um amigo, ou você paga uma propina para passar na frente dos mil que tão na sua frente. Essa é a realidade. U5.

Este acesso facilitado foi referido tanto na oficina de Homens Gays e Bissexuais quanto na oficina de Mulheres Lésbicas e Bissexuais, que por sua vez, acrescentaram que enfrentam maior dificuldade no acesso aos serviços quando revelam sua orientação sexual. Este sentimento é traduzido na fala a seguir:

Ela tem um QI [profissional de saúde que facilita o acesso] lá dentro, tem uma pessoa que facilita tudo para ela, aí todas as pessoas que não tem isso, a gente sente o preconceito na pele, entendeu. U10.

Essa afirmação permite presumir que há um acesso negligenciado no município de Santarém, onde os usuários da população LGBT só alcançam os serviços de saúde caso utilizem de estratégias que facilitem tal acesso. Durante a conversa com estes usuários, além do acesso facilitado por meio

de conhecidos, eles se referiram ainda a agendamentos e atendimentos realizados por meio de pagamento direto aos profissionais das unidades de saúde.

Este cenário traz para discussão a falta de ética dos funcionários das unidades de saúde, que lançam mão da conduta criminosa em detrimento da necessidade dos usuários do SUS. Este achado torna claro ainda uma maior necessidade de fiscalização e monitoramento da regulação de consultas e agendamentos nos serviços públicos de saúde do município.

A PNSI LGBT prevê em seus objetivos a promoção do respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS e a promoção da atenção à saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito nas instituições de saúde (BRASIL, 2013). Nesse sentido, as afirmações dos usuários sobre o preconceito ainda enfrentado nos serviços de saúde, traduz um contexto de não implantação efetiva desta política. O que também é verificado na análise da percepção dos usuários quanto aos mecanismos de gestão presentes nos serviços de saúde, referindo-se à necessidade de capacitação e educação permanente dos profissionais.

Ainda de acordo com estes usuários, os mesmos relatam vivenciar diariamente situações de despreparo profissional, e apontam como saída a necessidade de capacitação destes profissionais. Os usuários destacam também a importância dos cursos à distância ofertados pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e os propuseram como sendo formas práticas de capacitação.

Eu acho que os programas do UNA-SUS deveriam ser obrigatórios para todo profissional da área da saúde, pois lá é uma forma, ferramenta de capacitação e melhora da assistência. Quando foi lançada essa política LGBT eu recebi. Algumas enfermeiras receberam. Algumas fizeram. Inclusive eu também fiz essa capacitação online, e eu pude melhorar mais meu conhecimento sobre gênero, sobre o tratamento hormonal, mudança de sexo e etc. U8.

Para os usuários, essa capacitação, também referida como reciclagem, seria um mecanismo que auxiliaria na redução da discriminação e preconceito nas instituições de saúde, pois servem como subsídio para a sua atuação e como forma de aquisição de conhecimentos sobre a temática de gênero e sexualidade.

E quanto a esses profissionais de saúde né, eles precisam, não precisam, eles necessitam passar por essa reciclagem porque, é só o que eles têm que entender que tão lidando com um ser humano. U13.

Talvez os profissionais de saúde ainda tenham que passar por algum tipo de reciclagem, porque hoje eles são, pelo menos os médicos que eu normalmente ia, são de uma época bem antiga. Alguns tem certos tabus né, e acho que se não preparar aquele que vai atender fica difícil exigir uma saúde de qualidade com um preparo desses. U17.

A gente tem que ter mais pessoas treinadas, como os colegas colocaram aqui que sofreram discriminação sexual. U6

O uso do nome social também é expresso nos objetivos da PNSI LGBT e compõe o cadastro dos usuários da ESF, devendo os profissionais utilizá-lo ao se referir à um usuário travesti ou

transexual (BRASIL, 2013). Todavia, os usuários afirmaram que não há utilização do nome social no atendimento aos colegas transexuais, e que os profissionais de saúde continuam se referindo aos usuários transexuais utilizando o nome de registro.

Aí eu presenciei certos comportamentos dos profissionais da minha área tendo desrespeito social com os colegas. E eu tento sensibilizar para que eles adotem o nome social, mas as vezes é complicado. É ter ética, né? Evitar críticas, principalmente quando você está atendendo. U3.

O nome social, como o cartão SUS, já estão tentando adequar os sistemas à realidade. Mas o tratamento as vezes é um pouco discriminatório. U2.

Estas falas traduzem um contexto de vulnerabilidade em que os usuários da população LGBT ainda se encontram. No estudo de Barbosa e Facchini (2009) vários episódios de tratamento inadequado relacionados ao relato da orientação sexual foram descritos como: mudança de atitude por parte do profissional; comentários preconceituosos; ausência de oferta de exames clínicos, de mamas ou Papanicolau. A queixa mais comum refere-se ao fato de o profissional, após o relato, agir como se não tivesse recebido a informação ou como se não tivesse nada a comentar ou orientar a respeito.

O despreparo profissional e a discriminação acabam por afastar estes usuários dos serviços, diminuindo a confiabilidade nos serviços, nos profissionais, e conseqüentemente dificultando o estabelecimento de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde. Estas características, ou conseqüências, poderão exercer reflexo direto no processo de saúde e adoecimento desta população.

Os usuários participantes de ambas oficinas se referiram ainda a má abordagem dos profissionais de saúde, que transpõem no atendimento questões pessoais, revelando novamente a presença de discriminação e preconceito praticados pelos profissionais de saúde. A associação por parte dos profissionais, do usuário LGBT como sendo portador de alguma DST foi uma vivência recorrente em ambas as oficinas. Tanto no atendimento aos gays quanto às lésbicas essa associação é realizada. Todavia, notou-se maior frequência dessa queixa no discurso dos homens gays.

Todas as vezes que eu fui no posto, eles me perguntaram se eu, se eu é... ficava com uma pessoa do mesmo sexo. Toda vez que eu falava, podia ser médico homem, médico mulher, sei lá o quê, ele sempre frisava esse negócio da DST, né. Meu amore, eu estudei, eu sei essas coisas, eu sei me cuidar. Eu vim aqui procurar outro tipo de atendimento. Foi isso, foi na hora que eu falei. Disse não. Saio com meninas sim. Ah, pois é, tem que fazer isso, isso e isso, [referindo-se a fala do médico] então, tipo, eles mudaram completamente de assunto do que eu fui procurar. U9.

O estigma vivenciado na associação às DST's, também identificado na fala dos profissionais, remete novamente ao afastamento dos usuários e a não procura por atendimento de saúde, podendo ser entendida como uma forma de autoproteção. Reitera-se, portanto, a necessidade de uma abordagem profissional humanizada em que o usuário sinta confiança e acolhimento por parte do profissional. A abordagem profissional deve presumir a promoção da saúde e não a prevenção de DST's, apenas.

Nessa perspectiva foi referida ainda a negação da família formada por pessoas do mesmo gênero, exemplificado no relato a seguir:

Uma vez me barraram lá [no serviço de saúde] também né, eu fui levar a mulher lá né, e estava doente. Aí ela estava fraca. Eu fui querer entrar e não deixaram de jeito nenhum. De jeito nenhum! Eu tentei, tentei... [os profissionais falaram] não, tem que esperar. Aí tem que esperar a boa vontade, aí essa é a revolta né. Em outro momento, ela foi comigo, não quiseram deixar [ela entrar], já sacaram. Depois que trocou de porteiro ele ainda colocou uma roupa nela, ainda colocou uma bata nela, para ela poder entrar. Quando é um casal heterossexual, eles deixam entrar. U12.

O relato anterior se trata da fala de uma usuária LGBT que ao acompanhar sua parceira durante consulta ao hospital foi barrada por duas vezes, tendo o seu direito de acompanhar sua parceira negado. Nesta ocasião, a usuária conseguiu acessar a unidade de saúde como acompanhante somente após a mudança de plantão, e mesmo assim, ainda teve de se passar por outra paciente. É importante esclarecer que os usuários possuem o direito de terem acompanhantes durante as consultas nas unidades de saúde, entretanto, a situação em questão demonstrou o preconceito dos profissionais nas instituições de saúde ao deslegitimar a família homossexual.

O reconhecimento e legitimação da família homossexual pela sociedade é uma das grandes lutas travadas hoje pela população LGBT no Brasil. Apesar de ser um tema polêmico, e ainda muito combatido por diversas ideologias políticas e religiosas, a legitimação da família homossexual possui um grande potencial como estratégia de redução de iniquidades e garantia de direitos sociais (FERRARI & ANDRADE, 2011).

Outros exemplos de preconceito apontaram que quando os profissionais sabem a orientação sexual mudam sua forma de agir com os pacientes, chegando até mesmo, a agir com negligência e de forma não ética, negando o atendimento ao usuário, ou ainda, receitando medicação errada.

[...] aí chegou um homossexual, isso era umas quatro horas da manhã. Aí atendi, fiz a classificação dele, que não era um atendimento emergencial e classifiquei como amarelo e deixei ele lá. Aí vi que o médico não tava fazendo nada, atendendo ninguém, eu cheguei lá - doutor, tem um usuário aqui que tá aguardando já uns 15 minutos, o doutor ainda não voltou.' Aí ele 'Sim, é o que?' Aí ele olhou assim pela porta e disse "deixa esse... esse homossexual esperando aí, se fosse homem.. U16.

Práticas como esta referida acima configuram-se como crime de negligência profissional. A ética profissional deve permear os atendimentos dos profissionais de saúde, e estes devem estar isentos de quais quer tipos de julgamentos. Receitar medicação errada ou não atender o usuário em decorrência de julgamentos pessoais evidenciam a forte necessidade de conscientização e humanização dos profissionais de saúde.

Por fim, estes usuários solicitam humanização, respeito e qualidade nos atendimentos em saúde:

Então, eu acho que isso precisa melhorar, humanização do profissional, como lidar com a pessoa independente do seu gênero, né? U8

Eu tenho certeza que ele tem que ser imparcial com o gênero que ele tá atendendo, se é um gay, se é hetero, se é travesti, enfim. Ele tem que tratar todos com respeito e com igualdade, né? U7.

...não é por eu ser lésbica que eu vou querer um atendimento, é... digamos que prioritário! Não. Eu quero ser atendida! Se eu tenho direito, é um órgão público, eu tenho direito de ter o mesmo atendimento de qualquer outra pessoa. U11.

É um ser humano como qualquer um outro, não é porque faz parte dessa classe.

Nota-se que os usuários reivindicam uma igualdade da condição de ser humano. Esse sentimento foi unânime, afirmando não querer prioridade no atendimento, mas sim ser atendido, ter acesso a esse atendimento.

Em síntese, pode-se observar que faz parte do cotidiano destes usuários enfrentar a discriminação e o preconceito nas unidades de saúde enquanto buscam atendimento. Apesar da discriminação e preconceito sofrido, estes usuários declaram ainda grande insatisfação quanto à qualificação dos profissionais de saúde e o atendimento prestado.

Também chama a atenção o relato de usuários que ao buscarem acesso aos serviços de saúde se deparam com uma “porta de entrada facilitada” por meio do pagamento de propina, ou por meio da articulação de algum conhecido com influência suficiente para facilitar o seu acesso. Outro ponto de atenção está na preferência destes usuários por estas oportunidades de acesso facilitado, uma vez que os mesmos relatam que caso não houvesse tal maneira de acessar os serviços os mesmos não seriam atendidos.

Surpreende a forma como a corrupção e a falta de ética no serviço de saúde se institucionalizou e como a população é conivente com este cenário. Fica claro, portanto, a má gestão dos serviços públicos locais e a ausência da atuação dos órgãos de controle e fiscalização.

O encontro das percepções: a política de saúde LGBT na prática

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

Esta seção dedicou-se a discussão da síntese dos resultados encontrados à luz dos objetivos da PNSILGBT na intenção de identificar a implantação da política e sua execução no território estudado. A critério de organização textual os objetivos foram organizados a partir de quatro temas: 1 – Mecanismos de gestão para atenção em saúde da população LGBT; 2 – Atuação do movimento LGBT na formulação de políticas de saúde; 3 – Abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT; e 4 – Atenção à saúde ofertada à população LGBT no município.

Ao que se refere a temática Mecanismos de Gestão para atenção em saúde da população LGBT, a política prevê em seus objetivos:

I - Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

VII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

V – monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

XIV – garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XXIV – realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

A partir das três percepções foi possível identificar que os mecanismos de gestão utilizados nos serviços de saúde no município de Santarém ainda são incipientes. Por parte do gestor não são tomadas iniciativas que visem ações de equidade nos serviços de saúde, tendo em vista a visão crítica deste ator no que se refere às políticas afirmativas e considerando a igualdade na atenção em saúde como princípio mais efetivo que a equidade na atenção e gestão em saúde.

A fragilidade na qualificação dos instrumentos de gestão também é reafirmada pelos profissionais de saúde, que apontam a incipiência no uso do nome social em sua prática cotidiana. Este mecanismo de gestão embora já normatizado e incluso na Carta de Direitos dos usuários do SUS e na Política Nacional de Saúde Integral LGBT, não foi institucionalizado nas unidades de saúde.

Observou-se que os profissionais não identificam indicadores em saúde específicos para a população LGBT, apesar da percepção dos profissionais de saúde estarem voltadas à atenção das DST's como principais doenças que acometem esta população. Por vezes, é citada ainda a passeata gay como um evento que auxilia na divulgação e no trabalho à conscientização da população LGBT evidenciando que as ações da secretaria de saúde para este segmento praticamente inexistem. Portanto, revelam-se frágeis os mecanismos de gestão relacionados à população LGBT no município.

Conclui-se que ainda há muito que se avançar no município em relação aos mecanismos de gestão relacionados à PNSILGBT, levando em conta o desconhecimento do gestor quanto à realidade local e o distanciamento das políticas afirmativas, a ausência de indicadores de saúde desta população, pesquisas, educação permanente e garantia dos direitos reprodutivos e sexuais da população LGBT no município.

Quanto à temática da atuação do movimento LGBT na formulação de políticas de saúde, destaca-se o seguinte objetivo: XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde.

A atuação do movimento LGBT no município de Santarém/PA chama atenção, pois é evidenciado o desconhecimento por parte do gestor quanto a este segmento na participação da comunidade. Os profissionais por sua vez já se revelam mais próximos à população e detentores de conhecimento quanto à realidade da população LGBT, porém, também não possuem relação ou aproximação aos líderes comunitários ou representantes da população LGBT na saúde. Por fim, os usuários também revelam desconhecer os líderes sociais de sua comunidade e nem mesmo citam o movimento social e seus líderes.

Este distanciamento também acarreta em um prejuízo no cuidado em saúde da população LGBT, uma vez que por meio da aproximação com o movimento obtêm-se subsídios para o reconhecimento das necessidades desta população. Portanto, há a necessidade de se fomentar ações que visem a aproximação do movimento social à gestão e aos serviços de saúde. Somente após essa aproximação haverá o reconhecimento das reais necessidades de saúde da população LGBT, reconhecimento este que é crucial à implantação efetiva da PNSILGBT e ao alcance da atenção integral à saúde da população LGBT.

Em relação à abordagem dos profissionais de saúde com a população LGBT, estão previstos na política os seguintes objetivos:

XIX – promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII – incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde.

A abordagem dos profissionais de saúde para com a população LGBT no município também revela grande fragilidade na implementação da PNSILGBT assim como de outras ações e direitos sociais garantidos à esta população.

Primeiramente observou-se que não existem ações educativas voltadas à capacitação profissional e da população para com os grupos LGBT. Os profissionais declararam que nem durante a graduação nem durante sua formação e atuação profissional receberam alguma formação ou capacitação com esta finalidade ou voltada à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território. O que foi reafirmado na fala do gestor, e dos usuários que se referiram ao despreparo dos profissionais em suas práticas. O despreparo profissional ficou evidente, portanto, nas três percepções, apontando a necessidade da instituição de uma educação permanente dos profissionais de saúde que seja libertadora e baseada na crítica às práticas vigentes como forma de melhoria da atenção e reconhecimento do usuário da população LGBT como sujeito capaz de refletir e tomar decisões acerca de sua saúde.

Para o gestor não há discriminação com a população LGBT, já na visão dos profissionais estas discriminações não existem nas unidades de saúde, pois, todos os usuários são atendidos igualmente, havendo somente discriminação por parte da sociedade e da família destes usuários. Os usuários por sua vez declararam sofrer constantemente discriminação e preconceito por parte da sociedade e dos profissionais da saúde inclusive descrevendo por vezes a não observação e/ou cumprimento de direitos sociais como o uso do nome social nos estabelecimentos de saúde, percebe-se, então, uma contradição entre as falas.

O estigma foi outro ponto destacado pelos usuários e percebido nas falas dos profissionais, associando estes usuários às Doenças Sexualmente Transmissíveis ou à promiscuidade. Desta forma, ainda se trata de um desafio o alcance à diminuição do preconceito e discriminação e o respeito à esta

população. Como referido por diversos relatos de usuários e profissionais, compreende-se até mesmo como sendo a principal ação de saúde voltada à população LGBT, a prevenção e diagnóstico das DST's, estando os usuários LGBT condicionados ao Centro de Testagem e Acolhimento (CTA) em decorrência desta associação por parte dos profissionais de saúde.

Esta abordagem e encaminhamento condicionado às DST's pelos serviços de saúde também podem ser identificadas como uma forma de discriminação desta população, uma vez que se observa em alguns relatos que há tratamento diferenciado no serviço de saúde quando os usuários da população LGBT declaram que possuem uma vida sexual com parceiros do sexo oposto, e neste momento o profissional de saúde o orienta de forma diferenciada quando à sua vida sexual e os riscos relacionados à ela.

Em questão à educação em saúde, alguns usuários declaram ter sido de grande relevância a capacitação oferecida por cursos a distância pelo UNASUS, o que revela uma iniciativa do Governo Federal para com este segmento, diferente do que se observa quanto às iniciativas do município.

Por fim, considera-se que há uma abordagem inadequada dos profissionais de saúde com a população LGBT, sendo imperativa a adoção de uma capacitação permanente dos profissionais de saúde e o reconhecimento das realidades locais, por parte da gestão. Os usuários somente estabelecerão vínculos com os serviços quando sentirem-se seguros, essa segurança é obtida por meio de uma abordagem ética e livre de preconceitos.

No que tange o tema da atenção à saúde ofertada à população LGBT no município, a política estabelece como objetivos:

II - Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

VII – promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X – oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens;

Entre os objetivos destacados acima, e que configuram os objetivos voltados à atenção em saúde prestada à população LGBT no município de Santarém/PA, alguns puderam ser identificados nas falas do gestor, profissionais e usuários. Inicialmente identificou-se que os próprios profissionais revelam o desconhecimento das tecnologias de gestão e atenção à esta população.

É possível observar que a PNSILGBT busca manter um cuidado ao usuário transexual por meio da atenção e acompanhamento à utilização do tratamento hormonal e ingestão excessiva de drogas e fármacos. Entretanto, os resultados apresentados é que mesmos os usuários transexuais não possuíam acesso a este tratamento.

O que se destaca quanto às ações de atenção à saúde são os serviços voltados ao apoio e diagnóstico das DST's. Percebeu-se a ausência de outras ações que contemplem os objetivos expressos na política referentes a atenção à saúde da população LGBT, o que é decorrente da invisibilidade desta população. O desconhecimento de quem são estes sujeitos impede o reconhecimento de suas demandas e leva a não priorização de ações para esta população. Portanto, não se verificou ampliação do acesso ou qualificação dos serviços, uma vez que estes não são voltados à população LGBT, permitindo concluir que o acesso desta população aos serviços é incipiente, senão quando há algum meio que facilite sua entrada e evite atendimento discriminatório, fato reafirmado na fala dos usuários.

Por fim, é possível refletir sobre o objetivo geral da PNSILGBT, sendo este: promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Entende-se que há muito no que se avançar quanto à implementação da PNSI LGBT no município de Santarém/PA e que para alcançar seu objetivo inicialmente tornam-se fundamentais as ações de conscientização e educação permanente de profissionais, gestores, usuários e população.

É possível refletir ainda na escala de responsabilidades e compromissos que se assumem gestores, profissionais, usuários LGBT e população em geral, uma vez que uma gestão descomprometida com as causas sociais desencadeia todo um ciclo de iniquidades e despreparo da equipe profissional que diretamente transformará a vida dos usuários do sistema de saúde de acordo com a sua qualificação técnica. Os usuários por sua vez, frente a este cenário de iniquidades terão seu processo de saúde e adoecimento diretamente influenciado pela conduta profissional dos profissionais do SUS e da gestão desqualificada atribuída à gestores despreparados. Por fim este usuário retornará ao serviço de saúde com problemas maiores que irão demandar maior capacidade técnica dos profissionais de saúde e maior investimento por parte da gestão.

Portanto, por mais que a PNSILGBT ainda seja uma política distante de ser concretizada neste território faz-se fundamental as ações de educação permanente como a principal estratégia para modificar a realidade social local.

APONTAMENTOS PARA O FUTURO

Reconhecendo os limites deste estudo e a importância de fomento a outros estudos que deem continuidade a análise de implantação de políticas de equidade, propõe-se três apontamentos, no que tange à Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

A discriminação e preconceito ainda presente nas instituições de saúde, remete ao primeiro apontamento, que se refere à educação permanente dos profissionais, em que haja o reconhecimento da realidade local e uma problematização das práticas vigentes, na busca de uma mudança na conduta dos profissionais em saúde na abordagem e cuidado em saúde com a população LGBT.

A educação tem potencial libertador, aposta-se então nesta educação como sendo emancipadora e capaz de expandir os limites do preconceito, capaz de transformar as práticas de saúde hoje preconceituosas e discriminatórias em práticas acolhedoras capazes de transformar a realidade sanitária local.

Em seguida, deve-se pensar na aproximação entre gestão, profissionais e movimento social LGBT, com vistas ao fortalecimento de ações voltadas à promoção da saúde e formulação de políticas públicas para a população LGBT, coerentes com as demandas desta população.

O terceiro diz respeito a luta pela efetivação do direito à saúde da população LGBT de forma a garantir a justiça social reconhecendo as iniquidades em saúde a que esta população está exposta e, intervindo por meio de ações de promoção da igualdade e justiça social.

Finalmente, reconhecer a importância da promoção de políticas de equidade como a PNSILGBT faz-se imprescindível à consolidação de um sistema de saúde baseado em um modelo de atenção à saúde integral e familiar. Somente se alcançará uma atenção integral quando todos os indivíduos acessarem aos serviços de saúde livres de quaisquer preconceitos. E isto pressupõe não em simplesmente dar condições iguais de oportunidade e sim em subsidiar oportunidades aos desiguais de modo que alcancem uma atenção integral à saúde colocar-se em prática, efetivamente, os princípios do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKERMAN, M.; MAYMONE, C. C.; GONÇALVES, C. B.; CHIORO, A.; BUSS, P. M. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: GALVÃO, L.A.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. **Determinantes ambientais e sociais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.1-15.
- ALBUQUERQUE, G. A.; GARCIA, C. L.; ALVES, M. J. H.; QUEIROZ, C. M. H. T.; ADAMI, F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul/set 2013
- ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia sem número: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro, Campus, 1989.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. PAIM, Jairnilson Silva. Conceitos de Saúde: Atualização do debate teórico-metodológico. In: PAIM, Jairnilson Silva ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1. ed. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Meedbook, 2014. Cap. 2, p.13-28.
- ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.
- ARAÚJO, MAL de et al. Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 10, n. 2, p. 323-27, 2006.
- ARENDT, Hannah. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense-universitária, 1981.
- BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, suppl 2, p. 291-300, 2009.
- BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PARQUINO, G.. **Dicionário de política**. Brasília: UnB, 1995. Disponível em: <<http://www.portalconscienciapolitica.com.br/products/ideologias-politicas/>> Acesso em Ago 2016.
- BOBBIO, Norberto; MATEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. Dicionário de Política, tradução Carmen C. **Varriale...[et al.]**, 1999.
- BORBA, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. **Sex., Salud y Soc. Rev. Lat**; n. 17, p. 66-97, 2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate À Discriminação. **Programa Brasil sem Homofobia**: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. 2004.a
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.803, de 19 de Novembro de 2013**: Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html> Acesso em Ago. 2016.b
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.836, de 01 de Dezembro de 2011**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília: 1. ed., 1. reimpr. 2013.a
- _____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 457, de 19 de Agosto de 2008**. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html> Acesso em Ago. 2016.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Disponível em www.conass.org.br/pdfs/gestao.pdf.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 01 jun. 2016.
- _____. **Decreto nº 8.727, de 28 de Abril de 2016**: dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Presidência da República, 2016.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm> Acesso em Ago. 2016.

_____. EVIPINET. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_saude_led.pdf> Acesso em: ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Homem. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. 2012. 1.reimpr.

_____. Ministério da Saúde. portaria nº 2.227, de 14 de outubro de 2004. A Portaria nº 2.227 de 2004 – Dispõe sobre a criação do Comitê Técnico para a formulação de proposta da política nacional de saúde da população de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais – GLTB.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [Internet], v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.> Acesso em Jul 2016

BUSS, Paulo Marchiori. (coord). Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Apresentação à 1ª. Reunião da CNDSS. Brasília: 15 mar. 2006. Disponível em: <http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf> Acesso em jul 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. et al. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & saúde coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Health and LGBT community: needs and specificities under discussion. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 184-189, 2012.

CECCIM, R. B.; FERIA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz. 2009. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em Ago. 2016.

CECCIM, R. B.; FERIA, A. A. **Educação Permanente em Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fiocruz. 2009. Disponível em:

<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>> Acesso em Ago. 2016.

DE BARROS, Fernando Passos Cupertino; DE SOUSA, Maria Fátima. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016.

FERRARI, I. F.; ANDRADE, M. R. M. Casar, filiar, procriar: reivindicações na homossexualidade masculina. **Tem. Psica**, v. 43, n. 1, p. 23-43, 2011

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

FERRAZ, O. L. M.; VIEIRA, F. S. Direito à Saúde, Recursos Escassos e Equidade: Os Riscos da Interpretação Judicial Dominante. **DADOS – Rev. Ciên. Soc.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 223-251, 2009.

FIOCRUZ. Educação Pemanente em Saúde. Disponível em:

<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: jul. 2016.

- FLEURY, Sonia; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Participação, democracia e saúde. **Rio de Janeiro: Cebes**, 2009.
- FLEURY, Sonia; OUVÉRNEY, Assis Mafort. 1. Política de Saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, p. 25, 2012. FLEURY, Sonia; OUVÉRNEY, Assis Mafort. 1. Política de Saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, p. 25, 2012.
- FONSECA, M.R.G.S. A vigilância epidemiológica no contexto teórico metodológico da Epidemiologia social. **Texto Contexto Enf.** ; v.3. n.2, p. 58-79, 1994.
- FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.
- _____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Graal, 2001.
- _____. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Graal, 1985.
- _____. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Graal, 2007.
- FRANCO, Marcos Silveira. Os modos Organizativos e seus sentidos e dignidade na saúde. In: SOUSA, Maria Fatima de; FRANCO, Marcos Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p.572-628
- FRANCO-JÚNIOR, A. J.; CONRADO, M. O. M.; ANDRADE, D. E. de; MIOTO, D. E. A Importância do vínculo entre equipe e usuário para o profissional da saúde. **Investigação**, v. 8, n.1-3, p. 11-18, 2008. Disponível em: <<http://publicacoes.unifran.br/index.php/investigacao/article/view/60/26>> Acesso em Ago. 2016.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GGB. Assassinato de LGBT no Brasil: Relatório 2015. Disponível em: <https://grupo-gaydabahia.com.br/2016/01/28/assassinato-de-lgbt-no-brasil-relatorio-2015/>. Acesso em: ago. 2016.
- GOFFMAN, E. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2004.
- Granja GF, Zoboli ELCP, Fracoli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(12):3759-3764, 2013
- HEYWOOD, A. **Ideologias Políticas: do liberalismo ao fascismo**. São Paulo: Ática, 2010. Vol. I. Ler mais: <http://www.portalconscienciapolitica.com.br/economia-politica/liberalismo/>
- ILHA, Silomar et al. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2014.
- JACCOUD, Luciana. Proteção social no Brasil: debates e desafios. **Concepção e gestão**, 2009.
- KAWACHI, Ichiro; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, Naomar. A glossary for health inequalities. **Journal of epidemiology and community health**, v. 56, n. 9, p. 647-652, 2002.
- LAURELL, A .C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo, HUCITEC, 1989
- LIONÇO T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde soc.** [Internet], v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.> Acesso em jul 2016.
- LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis (Rio J.)**, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.
- LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.
- LOURO, Guacira Lopes. O currículo e as diferenças sexuais e de gênero. **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 85-92, 2001.
- LUIZ, Olinda do Carmo. Direitos e equidade: princípios éticos para a saúde. **Arq. méd. ABC**, v. 30, n. 2, p. 69-75, 2005.
- MACIEL, K. de F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n.2, p. 326-344, 2011.

MARSHALL, T. H. Cidadania, status e classe social. **POLANYI, K. "A grande transformação,** 1967.

MARSIGLIA, R. M. G.; SILVEIRA, C.; CARNEIRO-JÚNIOR, N. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saú. & Soc.;** v. 14, n. 2, p. 69-76, 2005.

MASSIGNAM F.M., BASTOS J.L.D., NEDEL F.B. Discriminação e saúde: um problema de acesso. **Saúde,** Brasília, 24(3):351-352, jul-set 2015.

MELLO, L. et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, n.9 - dec. 2011 - pp.7-28.

_____.et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), 2011.

_____.; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, v. 27, n. 2, p. 289-312, 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. O planejamento local da vigilância da saúde no distrito sanitário. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **O planejamento e programação local da vigilância da saúde no distrito sanitário.** Brasília, OPAS, 1994 (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.º 13).

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS:** Doutrinas e princípios. Brasília, 1990, 10p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim epidemiológico AIDS/HIV.** Brasília, v. 1, n 1, 2012. 63p.

NESP. Perfil do município de Santarém/PA. 2016. Disponível em: <http://www.nesp.unb.br/saude/lgbt/images/arquivos/Perfil_Santarém.pdf>. Acesso em: jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – USP. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em jul 2016.

PAIM, J. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006

PAIM, Jairnilson Silva; ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. Políticas de saúde no Brasil. **Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6a ed. Rio de Janeiro: MEDSI,** p. 587-603, 2003.

PARKER, R. Teorias de mudança comportamental e intervenção frente ao HIV/AIDS. In: PARKER, R. **Na contramão da AIDS:** sexualidade, intervenção e política. Rio de Janeiro: ABIA: Editora 34, 2000. p. 89-93.

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

PINTO, Isabela Cardoso de Matos, et al. Ciclo de uma política pública de saúde: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. In: PAIM, Jairnilson Silva ALMEIDA-FILHO, Naomar de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática.**1. ed. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Meedbook, 2014. Cap. 6, p.69-82.

Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade Luiz Mello

PORTO, S. M. “Justiça Social, Equidade e Necessidade em Saúde”, in PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.), **Economia da Saúde: Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde.** Brasília, IPEA.

RAMOS, S.; CARRARA, S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. **Physis** [Internet], v. 16, n. 2, p. 185-205, 2006 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000200004>.> Acesso em: Jul 2016.

RODRIGUES, M.; FERRO, F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

RODRIGUEZ NETO, E. **Integração docente-assistencial em saúde**. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

SAMPAIO, J. V.; GERMANO, I. M. P. Políticas públicas e crítica *queer*: algumas questões sobre identidade LGBT. **Psic. & Soc.**; v. 26, n. 2, p. 290-300, 2014.

SANTOS, A. R.; SANTOS, R. M. M.; SOUZA, M. L.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S.; YORLD, S. D. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LBTT. **Rev. Bioét.**; v. 23, n. 2, p. 400-408, 2015.

SCHRAIBER, Lília Blima et al. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. 2005.

SILVA, C. G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**; V. 17, n. 44, p. 103-117, 2013.

SILVA, Cristiane Gonçalves da; PAIVA, Vera; PARKER, Richard. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 103-117, 2013.

SILVA, F. R.; NARDI, H. C. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. **Physis: Rev. Saú. Col.**; v. 21, n.1, p. 251-265, 2011.

SILVA, Fernando Rodrigues; NARDI, Henrique Caetano. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. **Physis: revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro. Vol. 21, n. 1 (2011), p. 251-256**, 2011.

SILVA, Yara Cardoso; ROQUETE, Fátima Ferreira. Competências de gestor em serviços de saúde: análise da produção científica, no período de 2001 a 2011. **Rev. adm. saúde**, v. 15, n. 58, p. 2-12, 2013.

SOUSA, Maria Fatima de. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, Maria Fatima de; FRANCO, Marcos Silveira; MENDONÇA, Ana Valéria Machado. **Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014. p.40-77.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1325-1335, 2009.

Sousa, MF. Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde? Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. Tese de Doutorado, defendida em maio de 2007. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SUNG, J. M. Prosperidade sim, família homossexual, não! A nova classe média evangélica. **Psicol. USP**; v. 26, n.1, p. 43-51, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000100043&lng=en&nrm=iso> Acesso em jul 2016.

TEIXEIRA, C. F. Serviços de saúde: revisão conceitual e visão panorâmica da situação no Brasil. **Rev. Baiana Enf.**, v.7, n.1/2, p.162-80, abr/out. 1994.

_____.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. Brasília. **Inf. Epid. do SUS**, v.8, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

_____.; PAIM, Jairnilson Silva. Problemas de organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. 1990.

_____. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Conferências Municipal e Estadual de Saúde, Salvador, Bahia, Jun. 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf> Acesso em Ago. 2016.

VIANA, Ana Luiza D.'Ávila et al. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 645-684, 2008.

APENDICES

APENDICE 1- QUESTIONÁRIO APLICADO AO GESTOR MUNICIPAL DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO

SECRETARIAS DE SAÚDE – DATA DO PREENCHIMENTO: ____/____/____

QUESTÕES VINCULADAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) GESTOR(A):

1.1. Você é Secretário(a) de Saúde: Estadual Municipal

1.2. Idade: _____

1.3. Gênero: M F T

1.4. Grau de Escolaridade:

Segundo grau; Superior Especialização; Mestrado; Doutorado

1.5 Considerando a classificação do quesito cor estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como você se define?

(1) Branco/a

(2) Preto/a

(3) Pardo/a

(4) Amarelo/a

(5) Indígena

(6). Outro [especificar] _____

1.6 O sr/sra é:

(1) Casado/a

(2) Divorciado/a, separado/a

(3) Solteiro/a

(4) Unido/a, mora junto

(5) Viúvo/a

(6) Outro **[especificar]** _____

1.7 Qual é a sua religião?

(1) Afro-brasileira **[especificar]** _____

(2) Católica

(3) Espírita Kardecista

(4) Protestante **[especificar]** _____

(5) Nenhuma

(6) Outra **[especificar]** _____

1.8 Área de Formação: _____.

1.9 Marque o vínculo que mantém com a Secretaria:

Servidor Público

Servidor Público/função gratificada

DAS/cargo comissionado

Outro, especificar: _____

1.10 Há quantos anos trabalha na Instituição? _____ (anos completos)

1.11 Há quantos anos trabalha na área de Saúde? _____ (anos completos)

2 CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS

2.1 A que área da Secretaria de Saúde do seu Estado/Município a Política LGBT está vinculada?

2.2 Como é a atuação do órgão em que você trabalha na formulação de políticas públicas para a população LGBT?

2.3 Como tem sido a relação de seu órgão e do governo municipal/estadual com os representantes da sociedade civil, em especial, os grupos LGBT, no que diz respeito à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas?

2.4 Qual sua avaliação sobre a atuação dos governos federal, estadual e municipal na formulação de políticas públicas para esses segmentos?

2.5 Como tem sido a relação entre esses três níveis de governo na formulação e implementação dessas políticas públicas?

2.6 Qual sua avaliação sobre as Conferências Estadual e Nacional LGBT? Como se deu a participação do governo e do movimento social?

2.7 Como você avalia o programa Brasil Sem Homofobia e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT?

2.8 Realiza capacitação dos profissionais de saúde na Política LGBT?

Sim Não

2.9 Caso tenha respondido **SIM** à questão anterior, quais unidades da rede SUS tiveram seus profissionais capacitados?

UBS/ESF Unidades de Referência. Qual? _____

2.10 Quantas pessoas do seu município/estado foram qualificadas a desenvolver atividades de promoção da cidadania LGBT?

- (1) Até 10
- (2) Entre 11 e 50
- (3) Entre 51 e 100
- (4) Entre 101 e 200
- (5) Entre 201 e 300
- (6) Entre 301 e 400
- (7) Entre 401 e 500
- (8) Entre 501 e 1.000
- (9) Entre 1.001 e 1.500

- (10) Acima de 1.500 [especificar] _____
- (98) Nenhum
- (99) Não sei

2.11 Os programas de capacitação desenvolvidos foram:

- (1) Presenciais
- (2) Semi-presenciais
- (3) Não presenciais
- (98) Não sei

2.12. Quais entraves ou dificuldades internas existem na sua instituição? [múltipla escolha]

- (1) Falta de condições materiais adequadas;
- (2) Falta de espaço físico adequado;
- (3) Falta de dotação orçamentária adequada;
- (4) Falta de recursos humanos (quadro de pessoal apropriado);
- (5) Falta de qualificação dos gestores/as e funcionários/as no âmbito das demandas da população LGBT;
- (6) Resistência ou falta de apoio dos gestores/as e funcionários/as;
- (7) Mudanças freqüentes na direção da instituição;
- (8) Falta de planejamento;
- (98) Não sei
- (99) Outro [especificar] _____

2.13. Quais entraves ou dificuldades externas à sua instituição? [múltipla escolha]

- (1) Resistência ou falta de comprometimento de outras secretarias/instituições municipais/estaduais para a transversalização das políticas de promoção da cidadania LGBT;
- (2) Falta de sensibilidade e/ou vontade política das autoridades municipais à discussão e implementação de ações voltadas à promoção da cidadania LGBT;
- (3) Falta de sensibilidade e/ou vontade política das autoridades estaduais à discussão e implementação de ações voltadas à promoção da cidadania LGBT;
- (4) Falta de sensibilidade e/ou vontade política do governo federal à discussão e implementação de ações voltadas a promoção da cidadania LGBT;
- (5) Ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do governo federal;
- (6) Ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do governo estadual;
- (7) Ausência de recursos ou atraso no repasse de verbas do governo municipal;
- (8) Falta de articulação entre os governos federal, estadual e municipal;
- (9) Falta de acompanhamento e discussão dos projetos/programas/ações da instituição por um fórum externo, que tenha entre os seus participantes representantes do movimentos LGBT;
- (10) Falta de um movimento social organizado e forte no município/estado que pressione para execução de políticas públicas para LGBT;
- (11) Falta de uma legislação anti-discriminatória/anti-homofóbica;
- (96) Nenhuma
- (98) Não sei
- (99) Outro [especificar] _____

2.14. Com quais instâncias do governo municipal seu órgão estabelece parcerias para promoção da cidadania LGBT? [múltipla escolha]

- (1) Secretaria de Saúde
- (2) Secretaria de Educação

- (3) Secretaria de Assistência Social
- (4) Secretaria de Trabalho /Emprego
- (5) Secretaria da Fazenda/Finanças
- (6) Secretaria de Governo
- (7) Secretaria de Meio Ambiente
- (8) Secretaria de Cultura
- (9) Secretaria de Planejamento
- (10) Secretaria de Administração
- (11) Secretaria de Justiça/Segurança Pública
- (12) Secretaria de Agricultura/Abastecimento
- (13) Procuradoria Jurídica
- (14) Secretaria de Esporte
- (15) Secretaria de Turismo
- (16) Secretaria de Direitos Humanos
- (96) Nenhum
- (98) Não sei
- (99) Outro [especificar] _____

2.15 Utiliza o nome social na rede SUS?

Sim Não

2.16 Caso tenha respondido **SIM** à questão anterior, de que forma o uso do nome social foi implementado na rede SUS?

Cartão SUS Prontuário Outros: _____

2.17 Há unidade(s) de referência para atendimento de travestis e transexuais em seu Estado/Município?

Sim Não

2.18 Caso tenha respondido **SIM** à questão anterior, qual(is) unidade(s) de referência é utilizada para atendimento de travestis e transexuais?

Ambulatorial Hospitalar

2.19 Tem ações de saúde voltadas para lésbicas?

Sim Não

2.20 Tem ações de saúde voltadas para gays?

Sim Não

2.21 Foi instituído o Comitê da Política de Equidade ou Comitê da Política LGBT na sua Secretaria?

Sim Não

2.22 A política de saúde LGBT foi discutida no Conselho de Saúde?

Sim Não

2.23 Tem representante LGBT no Conselho de Saúde?

Sim Não

2.24 A política de saúde LGBT foi discutida na Conferência de Saúde?

Sim Não

2.25 A sua Secretaria informa e divulga as ações da Política LGBT através de qual(is) veículo (s)?

Veículo	Forma de Divulgação (Impressa, Eletrônica, etc.)
Jornal/Informativos	
Boletins	
Folders	
Cartazes	
Audiovisual	
Rádio/TV	
Redes sociais/Sites	
Outros	
Não divulga	

3. CONTATO

Deixe aqui o contato do gabinete do(a) Secretário(a) [em caso de resposta impressa, por favor, escreva em letra legível]:

Nome: _____

Telefones: () _____ () _____

e-mail: _____

APÊNDICE 2- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS

ANÁLISE DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NO SUS ESTAÇÃO RECIFE

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 importantes: 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 saberes acerca de histórias com 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 dele (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. Em sua opinião, o que pode ser feito para melhorar a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT nas USF?

2C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

3C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

4C. Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT no sistema de saúde municipal de saúde?

5C. Você identifica, na rede de saúde de seu município, outros pontos de atenção à saúde da população LGBT?

5C.1. Se sim, quais?

5C.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?

5C.3 Se não, quais pontos você acha que deveriam existir para prestar atenção em saúde a essa população?

6C. 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 4D**].

2D. Se conhece, qual a sua opinião a respeito dela?

3D. Você acredita que essa política atende às demandas dessa população? Por quê?

4D. Na sua opinião deve existir uma política específica de saúde integral para a população LGBT?

5D. Como você avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em sua USF?

6D. Como avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em seu município?

7D. Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação/informação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?

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?

APÊNDICE 3- ROTEIRO DE OFICINA COM OS USUÁRIOS

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-OFICINA

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 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.

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 coletem 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.

APENDICE 04 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- GESTOR

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 questionário semiestruturado que você deverá responder de acordo com sua facilidade de acesso, seja por meio eletrônico ou impresso. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 30 minutos.

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; 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; com a Profa Dr^a Ana Maria de Brito (81) 2101-2614, ou com a Profa Dr^a Carmelita (81) 3355-1884.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

APENDICE 05 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PROFISSIONAIS

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 uma entrevista semiestruturada que será gravada e posteriormente transcrita. O procedimento tem um tempo estimado para sua realização previsto em 30 minutos.

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; 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; com a Profa Dr^a Ana Maria de Brito (81) 2101-2614, ou com a Profa Dr^a Carmelita (81) 3355-1884.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

APENDICE 06 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- USUÁRIOS

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; 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; com a Profa Dr^a Ana Maria de Brito (81) 2101-2614, ou com a Profa Dr^a Carmelita (81) 3355-1884.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

APÊNDICE 07- ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA

POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO:

O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou compreender o que tem sido produzido na literatura científica após a publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, compreendendo o período de 2011 a 2016. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS utilizando os filtros “Brasil”, “Artigo” e “Ano”. Após aplicar os critérios de inclusão e excluídos os duplicados, foram selecionados sete artigos, dos quais emergiram dois temas de análise macro: Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória e o Papel do Estado na atenção à população LGBT. O protagonismo e o papel do movimento social LGBT na luta por garantia dos direitos dessa população é imperativo nas discussões. As discriminações e violências a que estes indivíduos são expostos diariamente, inclusive nas instituições de cuidado em saúde, revelam a necessidade de mudanças nas práticas do cuidado em saúde, que sejam voltados para um atendimento ético e isento de discriminações. Por fim, aponta o protagonismo do Estado em assegurar os direitos da população LGBT e maneira não discriminatória ou reducionista, revelando uma política sexual que considere as diversas expressividades da sexualidade humana, não por homo ou hetero ou, por mulher ou homem, mas sim, pelo ser humano que ali se expressa e tem como direito escolher ser o que quiser.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas em Saúde; Homossexualidade; Equidade em Saúde; Discriminação.

RESUMEN:

En este artículo se trata de una revisión integradora de la literatura que se trató de comprender lo que se ha producido en la literatura científica después de la publicación de la Política Nacional Integrado de Salud LGBT, que abarca el período de 2011 a 2016. La búsqueda se realizó en la Biblioteca Virtual de Saúde - BVS utilizando los filtros "Brasil", "Artículo" y "Año". Después de aplicar los criterios de inclusión y eliminados los duplicados se seleccionaron siete artículos, de los cuales surgieron dos temas de análisis macro: retos de hoy en día: los derechos de las personas LGBT y la lucha por una

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB. Especializanda em Políticas Informadas por Evidencias pelo Hospital Sírio Libanês. Bacharela em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia/UnB. Bolsista CNPq-Brasil. elizabethalvesjesus@gmail.com.

² Doutora em Ciências da Saúde (UnB). Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB). mariafatimasousa@uol.com.br.

política sexual no discriminatória y el papel del Estado en la atención a población LGBT. El protagonismo y el papel del movimiento social LGBT en la lucha por garantizar los derechos de esta población es imprescindible en las discusiones. La discriminación y la violencia a la que estos individuos están expuestos diariamente, incluso en las instituciones de salud, ponen de manifiesto la necesidad de cambios en las prácticas de atención de salud que se enfrentan a un servicio ético y sin discriminación. Por último, dice que la función del Estado de garantizar los derechos de las personas LGBT y de manera discriminatória no reduccionista, revelando una política sexual que tenga en cuenta la diferencia expresividad de la sexualidad humana, no homo o hetero o una mujer o un hombre, pero, el ser humano que no se expresa y tiene el derecho de elegir ser lo que quiera.

PALABRAS CLAVE: Políticas Públicas de Salud; Equidad en Salud; Homosexualidad; Discriminación.

ABSTRACT:

This article it's an integrative literature review that sought to understand what has been produced in the scientific literature after the publication of the National Comprehensive LGBT Health Policy, covering the period from 2011 to 2016. The search was conducted in the Biblioteca Virtual de Saúde - BVS using the filters "Brazil", "Article" and "Year". After applying the inclusion criteria and deleted the duplicates were selected seven articles, of which emerged two macro analysis topics: today's challenges: the rights of LGBT people and the struggle for a non-discriminatory sexual politics and the state's role in attention to LGBT population. The protagonism and the function of the LGBT social movement in the struggle for ensuring the rights of this population is imperative in the discussions. Discrimination and violence to which these individuals are exposed daily, including in health care institutions, reveal the need for changes in health care practices that need to be ethical and without discrimination. Finally, says the state's role in ensuring the rights of LGBT people and way discriminatória or reductionist, revealing a sexual politics that consider the different expressivity of human sexuality, not homo or hetero or a woman or man, but, the human being that there's expressed and has the right to choose to be whatever they want.

KEY WORDS: Public Health Policy; Homosexuality; Health Equity; Discrimination.

INTRODUÇÃO

O histórico brasileiro traduz um país em desenvolvimento marcado por longos regimes autoritários. Um marco cujas heranças são vividas até os dias atuais, foi o período de 1964 a 1985 em

que o país vivia a chamada ditadura militar com um modelo de Estado altamente centralizado e autoritário, marcado pela negação de direitos e planos de desenvolvimento que trariam impacto significativo, para a estrutura econômica e social do país. A luta por parte dos movimentos sociais também marcou este período, “tendo como âncora a luta contra violências específicas”, tais quais a luta contra o racismo, contra a homofobia e a violência de gênero¹.

O cenário era de conquista de direitos básicos e proteção dos cidadãos, alavancados, também, pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a promulgação da Constituição Federal de 1988. Ressurge então a discussão sobre cidadania, direitos sociais e democracia. Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF) ², que definiu em seu artigo 196 o Sistema Único de Saúde, universal, equânime e integral, além de garantir em seu artigo 5º, “que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à igualdade e a propriedade, nos seguintes termos: X – são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas. ”

A concepção do que é saúde, resultante desse processo, também sofreu forte influência das concepções e de pressões dos movimentos sociais. Passou a ser entendida não mais como o mero estado de ausências de doenças, mas como, “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”³.

Partindo dessa concepção, só é possível atingir esse bem-estar se houver uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, ou seja, para a garantia da atenção à saúde, em sua concepção ampla, é necessário que a atenção à saúde considere aspectos práticos que a influenciam, sejam eles elementos econômicos, políticos, históricos e principalmente culturais, os chamados Determinantes Sociais em Saúde (DSS)⁴. Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)⁵, criada em 2005, os DSS consistem em fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Buss e Pellegrini⁶, afirmam que a forma de organização da sociedade e a situação sanitária da população estão relacionadas às iniquidades em saúde.

Ao se pensar nos princípios do SUS, já mencionados, é imperativo considerar os DSS, em especial no que tange ao princípio da equidade. Este evidencia as especificidades de grupos sociais distintos, com necessidades de saúde diferenciadas, que por sua vez, demandam ações governamentais também diferenciadas⁷. Se existem grupos historicamente marginalizados e que possuem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, há a necessidade de viabilizar e otimizar este acesso.

Nessa perspectiva, no campo da saúde coletiva, surgem as políticas de promoção da equidade no SUS, que tem por objetivo diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, e que resultam de determinantes sociais da saúde como os níveis de escolaridade e de

renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros⁸.

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde ao desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura decorrentes do preconceito e do estigma social reservado às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT⁹. De forma que, como relatado por Ramos e Carrara¹, os movimentos contra a violência e discriminação por orientação sexual, começaram a contar o número de vítimas que eram mortas pelo simples fato de serem LGBT, com o intuito da criação de uma delegacia específica de combate à homofobia. Após a criação dessas delegacias, descobriu-se novos tipos crime para além das mortes, como as extorsões e agressões à população LGBT. Essas delegacias foram descontinuadas, após um curto período de tempo, o que levou o movimento contra a violência por orientação sexual ao patamar inicial.

No Brasil, devido ao seu caráter conservador, machista e heteronormativo, o padrão social é aquele em que o sexo biológico do indivíduo corresponde ao seu gênero binário (feminino ou masculino) e o mesmo deve se relacionar com indivíduos do gênero/sexo oposto, configurando uma relação heterossexual. Os indivíduos que possuem identidade de gênero e/ou orientação sexual distinta do padrão são alvo de preconceitos, violência e discriminação, que somados aos aspectos étnicos e econômicos conformam um contexto de vulnerabilidades em que se encontram estes grupos.

Com isso, a luta da população LGBT está na desconstrução do caráter de anormalidade que suas escolhas configuram na atual sociedade. Estas lutas são travadas em todos os campos, inclusive no da saúde, bem estar social que muitas vezes lhes é negado por julgamentos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde responsáveis por seu atendimento.

Grande foi a luta que o movimento social travou em busca da efetivação dos seus direitos civis, inclusive o direito à atenção integral à saúde, garantido constitucionalmente, porém quando levado à prática negligenciado.

No que tange ao Estado, por ser responsável pela atenção à saúde desta população² e reconhecendo o contexto vulnerável em que está se encontra, com vistas a reduzir as lacunas no atendimento a essa população geradas pelo preconceito, e em conjunto com os movimentos sociais e a academia, em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Programa Brasil sem Homofobia¹⁰ e em 2011 foi instituída a portaria nº 2.836 de 01 de dezembro de 2011¹¹ que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Esta política visa promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo⁸.

Portanto, faz-se necessário conhecer e reconhecer as vulnerabilidades e especificidades desta população para apontar as demandas no campo da saúde da população LGBT bem como avaliar se seus objetivos foram alcançados. Este estudo se dedicou, portanto, à análise da produção científica no Brasil, sobre política pública de saúde e a população LGBT após a publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. Afinal, é imprescindível à gestão conhecer os avanços alcançados e as lacunas a serem superadas, com a implantação desta política.

MEÉTODO

O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que buscou compreender o que tem sido produzido na literatura científica após a publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, compreendendo o período de 2011 a 2016.

Foram utilizados os descritores, de acordo com os termos do DECS – Descritores em Ciências da Saúde, para os temas de Políticas em Saúde e População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, sendo eles: Política de Saúde, Política Pública, Política Pública de Saúde, Política Social, Homossexual, Bissexualidade, Pessoas Transgênero e Travesti. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS utilizando os filtros “Brasil”, “Artigo” e “Ano” (2011 a 2016).

Na busca, foram encontrados seis artigos na pesquisa utilizando os descritores de Política e Homossexuais, três artigos utilizando os descritores de Política e Bissexuais, dois artigos utilizando os descritores de Políticas e Transexuais e nenhum artigo utilizando os descritores de Políticas e Travesti. Dos 11 artigos encontrados quatro eram duplicados e, portanto, foram excluídos da análise. Ao total sete artigos compuseram a análise, sendo analisados de forma crítica e compreensiva seus objetivos, métodos, discussão, análise e conclusão.

Dos textos emergiram duas categorias de análise macro, configurando os dois temas atuais de debate para a garantia de uma atenção à saúde integral da população LGBT: Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória e o Papel do Estado na atenção à população LGBT. Estes temas serão descritos e discutidas neste artigo.

DESAFIOS DA ATUALIDADE: DIREITOS DA POPULAÇÃO LGBT E A LUTA POR UMA POLÍTICA SEXUAL NÃO DISCRIMINATÓRIA

A análise buscou nos artigos as essências das publicações dos últimos cinco anos no que tange a política de saúde para a população LGBT, após o lançamento da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT. Afinal, o que se tem dito na literatura científica sobre a política de saúde para a população LGBT? Quais os acertos e os apontamentos para o futuro?

Dos sete artigos selecionados, três eram de revistas científicas da área de psicologia, três eram da área de saúde coletiva e um da bioética, ambos discutindo a visão sobre a influência da sexualidade

e as políticas públicas. Dos artigos lidos, somente dois citam a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, mas nenhum a discute como tema central. Um cita a portaria nº 2.803 que dispõe sobre o processo transexualizador no SUS e atenção à saúde da população transexual. As demais publicações relacionaram-se aos obstáculos enfrentados pela população LGBT e as reivindicações da efetivação dos seus direitos que devem ser a agenda política atual.

O Quadro 01 apresenta de forma resumida os principais aspectos da literatura estudada e os temas que emergiram de sua análise. O tema da discriminação a que os usuários do sistema da população LGBT estão sujeitos, a violência sofrida e a luta pela garantia de direitos e pela diminuição das vulnerabilidades causadas pela discriminação por orientação sexual e identidade de gênero se revelou um tema central destes artigos, bem como o papel do Estado nessa trajetória e quais conceitos utilizados por este, na formulação de políticas para esta população.

Quadro 01: Caracterização dos artigos sobre política e população LGBT, segundo título, autor, ano, tipo de estudo e categoria de análise.

TÍTULO	AUTOR	ANO	TIPO DE ESTUDO	CATEGORIA DE ANÁLISE
A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual	Fernando Rodrigues Silva Henrique Caetano Nardi	2011	Estudo Qualitativo	Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória.
Casar, filiar, procriar: reivindicações na homossexualidade masculina.	Ilka Franco Ferrari Marta Rodrigues de Moraes Andrade	2011	Estudo Qualitativo	Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória.
Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil	Sergio Carrara	2012	Estudo Qualitativo	Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória.

Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT.	Adilson Ribeiro dos Santos Rose Manuela Marta Santos Marcos Lopes de Souza Rita Narriman Silva de Oliveira Boery Edite Lago da Silva Sena Sérgio Donha Yarid	2015	Estudo Qualitativo	Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória.
Prosperidade sim, família homossexual, não! A nova classe média evangélica	Jung Mo Sung	2015	Estudo Qualitativo	Desafios da atualidade: direitos da população LGBT e a luta por uma política sexual não discriminatória.
Políticas Públicas e Crítica Queer: Algumas Questões Sobre Identidade LGBT	Juliana Vieira Sampaio Idilva Maria Pires Germano.	2014	Estudo Qualitativo	Papel do Estado na atenção à população LGBT
Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais	Rodrigo Borba	2014	Estudo Qualitativo	Papel do Estado na atenção à população LGBT

Fonte: Elaboração Própria, jul. 2016.

Inicialmente devemos compreender que uma política resulta de uma arena em que são postos diversos interesses e representados diversos atores sociais que, na maioria das vezes lutam por ideais contraditórios. Portanto, a arena da política sexual traduz um cenário complexo que reflete a luta por direitos sexuais e reprodutivos que sejam extensivos a conjunto de indivíduos que, dadas as suas práticas e desejos, são sistematicamente discriminados ou marginalizados, graças a um estilo de regulação moral e ao padrão de sexualidade tradicionalmente instituídos na sociedade¹².

Os reflexos da marginalização e discriminação a que estes indivíduos LGBT são expostos envolvem certos valores relativos à sexualidade e configuram o tema central e congruente em todos os artigos lidos. Cabe destacar que, conforme o exposto por Carrara¹², a reivindicação dos direitos ditos sexuais, na verdade diz respeito às diversas áreas que em muitas vezes não têm a ver diretamente com a sexualidade, a exemplo o tema das pensões, da adoção, da liberdade de ir e vir em locais públicos, ou nome e sexo alterações em certidões de nascimento, temas abordados também no estudo de Ferrari e Andrade¹³.

Os autores¹²⁻¹⁸ destacam que a resistência e a luta por parte do movimento social são os marcadores no avanço da construção da política sexual no Brasil. Fazem um resgate histórico do movimento de construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual que iniciou-se com os movimentos de reconhecimento dos direitos e contra violências de gênero e racismo, que emergiram no Brasil a partir de 1970, seguidos da epidemia de AIDS, no início dos anos 1980, é um marco que instaura, no seio das políticas públicas de saúde, a homossexualidade como uma questão social e política, e que a doença, por estar atrelada ao grupo de homossexuais masculinos, inicialmente, teve um poder estigmatizador, no qual até hoje, o afastamento social desse grupo é visto como uma medida sanitária, surgindo então movimentos que afirmavam a necessidade de se tratar a doença e não a pessoa.

Desta maneira, a luta de resistência contra a AIDS e os movimentos sociais organizados em defesa da liberdade de expressão sexual, tornam-se de suma importância, principalmente no diálogo com o Estado para a garantia de ações de prevenção e ajuda aos portadores da doença. Enquanto que há também um momento de visibilidade maciça, criando-se as paradas de orgulho homossexual em diversas cidades brasileiras^{12,14}.

A luta conjunta com o Estado a partir da epidemia de AIDS facilitou e abriu espaço para a defesa dos direitos sexuais, e que no caso da saúde, a sexualidade passou do caráter estritamente reprodutivo e passou a ser compreendida enquanto componente integrante da atenção integral à saúde¹⁴. Entretanto, esse cenário favoreceu que houvesse a construção de um conceito comum que atribuiu à população LGBT o título de grupo de risco para DST/AIDS, tornando-se imperativo hoje, que a atenção à saúde da população LGBT esteja vinculada à um cuidado integral, desmitificando a necessidade exclusiva de prevenção de DST's, incluindo na pauta do cuidado integral os processos de transexualidade, e as demais especificidades que possam ser relatadas por esta população, com vistas a diminuir a discriminação e o preconceito.

Destacam-se como resultados desses espaços, programas e políticas para a redução de vulnerabilidades advindas da sexualidade, como o programa “Brasil sem Homofobia”, realizado pelo Governo Federal em 2004, e que é um processo conjunto com os movimentos sociais e que objetiva “a garantia dos direitos humanos dos homossexuais, o combate à violência e a discriminação de que são vítimas, e a promoção de sua cidadania”⁸. Como decorrência do programa, em 2008 foi realizada a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, *travestis* e Transexuais, realizada em Brasília em junho de 2008, que deu origem ao *Plano Nacional de Promoção da Cidadania LGBT e Direitos Humanos*, publicado em 2009 pelo Governo Federal, com ações a serem desenvolvidas por vários ministérios^{12,14}. E após o diálogo entre os movimentos sociais, academia e Estado houve a promulgação da portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, que instituiu a Política Nacional de

Saúde Integral LGBT⁸. E, em 2013 é lançada a Portaria nº 2.803 de 19 de agosto, que dispõe sobre o processo transexualizador¹¹.

Estes marcos, na visão dos autores^{12-15, 17} revelou os avanços alcançados, porém, os mesmos destacaram alguns pontos que configuram a luta atual (porém antiga) dos direitos da população LGBT, sendo eles: o direito ao reconhecimento legal das relações afetivo-sexual, joint de adoção de crianças livre da orientação sexual e/ou sexo em lugares públicos, “sexo” resignação e mudança de nome em documentos de identificação e acesso a políticas específicas de saúde^{12,13}.

Os autores¹²⁻¹⁵ apontaram a heteronormatividade e a homofobia como principais fatores limitantes na garantia destes direitos, além das crenças religiosas e da biologização da sexualidade que colocam o sexo biológico como determinante de gênero do indivíduo e o relacionamento afetivo entre pessoas do sexo oposto como o correto.

Sung¹⁶, reafirma a influência da religião como fator de influência direta nessa concepção tradicional de identidade de gênero e orientação sexual e faz a reflexão dos motivos que a nova classe média evangélica possuem neste processo. Para o autor o principal motivo se dá pelo fato dos evangélicos que seguem a linha da teologia da prosperidade derivada do capitalismo (que presume que Deus concede sucesso profissional e prosperidade econômica aqueles que seguem seus mandamentos) assumiram uma postura em que o acúmulo de riqueza antes tido como pecado se transformou em reflexo de um bom cristão, restando apenas a área sexual para diferenciá-los dos demais pecadores. Com isso, estes reafirmam em seus discursos a negação ao “não natural de Deus”, perpetuando uma cultura heteronormativa e discriminatória.

Por fim, Santos et al¹⁵, fez um estudo de análise das publicações acadêmicas que evidenciam como essa arena se estabelece na prática, no que se refere aos profissionais de saúde e aos serviços oferecidos a esta população. Constatou em sua análise que a população LGBT em muitas situações não recebe a assistência devida e os julgamentos e juízos de valor se estendem aos espaços de produção do cuidado. Esses julgamentos implicam diretamente na relação ética do profissional com o paciente e revela a necessidade de uma atuação profissional baseada na ética principalista como estratégia para superação deste cenário, pois a “mudança proposta pela Política Nacional de Saúde Integral de LBTT, exige do profissional de saúde uma releitura de seus pensamentos e atitudes éticas, a fim de garantir a correta assistência à saúde das populações, entre as quais a população LBTT.

PAPEL DO ESTADO NA ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBT.

Outro tema recorrente na revisão e central na superação do cenário disposto acima foi o papel do Estado na garantia e efetivação de uma política não discriminatória. Silva e Nardi¹⁴ afirmam que os movimentos jurídicos de reconhecimento dos direitos sexuais e não-discriminação, tais como constam na Constituição Federal de 1988, na Declaração Universal de Direitos Humanos, e nas diversas leis, sejam as em tramitação no Senado e na Câmara dos Deputados, seja as Leis Orgânicas de Cidades e Estados, são formas de combate à homofobia, que é evidente e latente na sociedade brasileira.

Para Sampaio e Germano¹⁷ a despatologização da homossexualidade é um movimento recente, fato este que aconteceu na década de 1970, no saber e ação médica, porém, logo na década de 1980, há uma nova associação entre homossexualidade e doença com a emergência e associação de homossexuais à AIDS. Ressaltam que este momento de associação entre Governo e mobilização social possui um viés dentro da maneira de governo do Estado brasileiro em que os programas derivados desta associação, Brasil Sem Homofobia, Programas de Combate à Incidência de HIV/AIDS na população LGBT, o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos, e a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, são movimentos de dominação e adequação a normas e conceitos¹⁷.

Nesse sentido, o conceito de orientação sexual e identidade de gênero são restritos e visam delimitar as diversas expressões da sexualidade conceituando-as, o que, segundo os autores^{14, 15, 17} determinam e desqualificam outras maneiras e visões sobre o tema, considerando apenas o sistema binário (homem-e-mulher, homossexual-e-heterossexual), e discutem a necessidade de se ampliar ainda mais a concepção sobre orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de desconstrução da concepção binária, e a aceitação de novas identidades¹⁷.

Para Santos *et al*¹⁵ a discussão gira em torno de que “contemporaneamente, a homossexualidade é muitas vezes pensada como opção, ou seja, como escolha do indivíduo, ao passo que a heterossexualidade é analisada como algo inato e natural”.

Sampaio e Germano¹⁷ e Santos *et al*¹⁵ comentam sobre a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT com visões diferentes, na qual para Sampaio e Germano¹⁷ a classificação de orientação sexual e identidade de gênero deve ser mais ampliada e resgatar não somente as concepções binária entre masculino e feminino, homo e hetero. Enquanto para Santos *et al*¹⁵ a política tem um viés agregador, e que visa a mudança no procedimento ético-profissional, associando à política o princípio bioético da não-maleficência.

Por fim, no estudo de Borba¹⁸, a questão do papel do Estado é discutida pelo autor na ótica do processo transexualizador. Para Borba¹⁸, assim como para Germano e Sampaio¹⁷, o Estado demonstra uma tentativa de adequação das questões sociais em “caixas” cujos protocolos é que estabelecem os

conceitos de orientação sexual e identidade de gênero, sendo esta, o reforço do “ser homem” e “ser mulher” afirmado pelo binarismo heteronormativo da sociedade. Outro destaque é a patologização da transexualidade, que deixam transexuais a mercê de provar à sociedade que se enquadram nos protocolos estabelecidos pela Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. O autor demonstra como pacientes que se são atendidos em ambulatórios de atenção ao transexual se submetem a mentiras sobre suas vivências deste processo para se adequarem às recomendações e definições estabelecidas e adotadas pelo Estado do “ser transexual”.

Esses artigos revelam o desafio de uma atenção integral em saúde para a população LGBT na complexidade de entender as diversidades dos usuários e simultaneamente encaixá-los em “caixas” binárias e heteronormativas.

BREVES CONSIDERAÇÕES E APONTAMENTOS PARA O FUTURO

É evidente nesta revisão o protagonismo e o papel do movimento social LGBT na luta por garantia dos direitos dessa população, sendo a Política Nacional de Saúde Integral LGBT fruto desta luta, todavia, após cinco anos da publicação da Política, ainda não foram identificados no meio acadêmico artigos que revelem avanços na atenção à saúde da população LGBT.

O cuidado em saúde desta população esteve, no Brasil, atrelado ao cuidado de prevenção as DST's, contribuindo para que houvesse uma discriminação institucional, e preconceitos inclusive por parte dos profissionais de saúde. As discriminações e violências a que estes indivíduos são expostos diariamente, inclusive nas instituições de cuidado em saúde, revelam a necessidade de criminalização da homofobia e de uma educação profissional que aponte para um atendimento ético e livre de concepções pré-estabelecidas e discriminatórias. Para tanto, pressupõe-se ainda que há uma necessidade de mudança de paradigma o que revela um longo caminho a ser trilhado, em especial na área da saúde por esta necessitar de ações intersetoriais e em conjunto com todos os entes da federação.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT, trata-se de um ladrilho deste caminho, estabelecendo a necessidade do cuidado transversal em saúde dentro do Ministério da Saúde e os demais entes federados, e a eliminação da “discriminação e do preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo”⁸.

Por fim, este caminho deve seguir lutando pela não patologização de algo que é inato à pessoa humana a expressão de sua sexualidade. É evidente que a determinação do gênero e orientação sexual pelo binarismo biologicista é imposição da sociedade, portanto, deve ser revelada uma política sexual que considere as diversas expressividades da sexualidade humana, não por homo ou hetero ou, por

mulher ou homem, mas sim, pelo ser humano que ali se expressa e tem como direito escolher ser o que quiser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Granja GF, Zoboli ELCP, Fracolli LA. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12):3759-3764, 2013

Luiz O C. Direito e equidade: princípios éticos para a saúde. *Arq. Méd. ABC* 2005; 30(2):69-

Paim J. Equidade e Reforma em Sistemas de Serviços de Saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade* v.15, n.2, p.34-46, maio-ago 2006

Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007 (p.33, 181-195)

1. Ramos S, Carrara S. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. *Physis* [Internet]. 2006 [cited 2016 July 20]; 16(2): 185-205. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312006000200004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000200004>.
2. BRASIL, Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 0, n. 191-a, p. 1 - 32, 05 out 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 20 jul 2016.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos – USP. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em 20 jul 2016.
4. Akerman M, Maymone CC, Gonçalves CB, Chioro A, Buss P M. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: Galvão LA, Finkelman J, Henao S. Determinantes ambientais e sociais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.1-15.
5. Buss, PM (coordenador). Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). Apresentação à 1ª. Reunião da CNDSS. Brasília: 15 mar. 2006. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/resources/ppt_cndss_bz.pdf Acesso em 20 jul 2016.
6. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 Apr [cited 2016 July 20]; 17(1): 77-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
7. Mello I, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc.* [Internet]. 2011 [cited 2016 July 20]; 9:7-28. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 20 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 2.803, de 19 de Novembro de 2013. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 0, n. 0, p. 25, 21 nov 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html> Acesso em: 20 jul 2016.
9. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saude soc.* [Internet].

- 2008 June [cited 2016 July 20]; 17(2): 11-21. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>.
10. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate À Discriminação. Programa Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual.2004.
 11. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria N° 2.836, de 01 de Dezembro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 0, n. 0, p. 35, 02 dez 2011. Disponível em: <
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html> Acesso em: 20 jul 2016.
 12. Carrara, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012 jan; 28(1):184:189.
 13. Ferrari, IF; Andrade, MRM. Casar, filiar, procriar: reivindicações na homossexualidade masculina. Tem. Psica. 2011; 43(1):25-43
 14. Silva, FR; Nardi, HC. A construção social e política pela não-discriminação por orientação sexual. Physis: Rev. Saú. Col. 2011; 21(1):251-265.
 15. Santos, AR; Santos, RMM; Souza, ML; Boery, RNSO; Sena, ELS; Yorld, SD. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTT. Rev. Bioét. 2015; 23(2):400-408.
 16. Sung JM. Prosperidade sim, família homossexual, não! A nova classe média evangélica. Psicol. USP. 2015; 26(1):43-51. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000100043&lng=en&nrm=iso>. access on 20 July 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140011>.
 17. Sampaio, JV; Germano, IMP. Políticas públicas e crítica *queer*: algumas questões sobre identidade LGBT. Psic. & Soc. 2014; 26(2):290-300.
 18. Borba, R. Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais. Sex., Salud y Soc. Rev. Lat. 2014 ago; (17):66-97.

APÊNDICE 8 – CATEGORIAS POLÍTICAS

NOME DA CATEGORIA	DESCRIÇÃO DO OBJETIVO
ELIMINAÇÃO DA DISCRIMINAÇÃO E PRECONCEITO	OBJETIVO GERAL: Promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;
MECANISMOS DE GESTÃO PARA ATINGIR MAIOR EQUIDADE NO SUS	I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras condições;
ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado; XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento; XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;
QUALIFICAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS	III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
INFORMAÇÃO EM SAÚDE	IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
PROCESSO TRANSEXUALIZADOR	VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e
ATENÇÃO INTEGRAL AO PACIENTE COM DST	XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;
USO DO NOME SOCIAL	XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;
RESPEITO A POPULAÇÃO LGBT NO SUS	XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;
AÇÕES EDUCATIVAS PARA A POPULAÇÃO LGBT	XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

ANEXOS

ANEXO 01- CARTA DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Maria Fátima de Sousa

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 25856613.9.0000.0030

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

Patrocinador Principal: Secretaria de Gestão Participativa

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 652.643

Data da Relatoria: 07/05/2014

Apresentação do Projeto:

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

de abrangência nacional e contemplará as cinco regiões: no Norte, Belém, Santarém, Macapá e Rio Branco. No Nordeste, Salvador, Feira de Santana,

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br



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

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

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

Específicos:

Mapear as dimensões do acesso da população lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais-LGBT nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.

Identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, na perspectiva dos usuários, profissionais e gestores.

Comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade identificados com as ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Identificar as estratégias e as redes para a atenção à saúde acessadas pela população LGBT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro			
Bairro: Asa Norte		CEP: 70.910-900	
UF: DF	Município: BRASILIA		
Telefone: (61)3107-1947	Fax: (61)3307-3799	E-mail: cepfs@unb.br	



que verifique o item - Pendências – abaixo.

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

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

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 652.643

O cronograma de pesquisa requer atualizações.

Resposta: a pesquisadora provenciou a atualização.

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

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

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

Resposta: as alterações solicitadas foram efetuadas pela pesquisadora.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 19 de Maio de 2014

Assinado por:
Marie Togashi
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.910-900

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3107-1947

Fax: (61)3307-3799

E-mail: cepfs@unb.br

