

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Diana Soldera

**UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS E  
PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Santa Maria, RS  
2018

**Diana Soldera**

**UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E PESSOAS  
COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia da Saúde**.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Maria Perrone

Santa Maria, RS  
2018

Soldera, Diana

UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS  
E PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE / Diana Soldera.- 2018.  
58 f.; 30 cm

Orientador: Cláudia Maria Perrone

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2018

1. APRESENTAÇÃO 2. ARTIGO 1 - HOMOFOBIA NOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE: UM ENTRAVE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS 3. ARTIGO 2 -  
UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS E  
PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS  
PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS  
I. Perrone, Cláudia Maria II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Diana Soldera

**UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E PESSOAS  
COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE  
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia da Saúde**.

**Aprovada em 12 de julho de 2018:**

---

Cláudia Maria Perrone, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientador)



Monalisa Dias de Siqueira, Dra. (UFSM)

  
Gustavo Zambenedetti, Dr. (UNICENTRO)  
(Participação por meio de parecer)

Santa Maria, RS  
2018

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas e todos que de alguma forma contribuíram com a conclusão da minha dissertação de mestrado. Em especial, gostaria de expressar a minha gratidão:

- à minha família, meus pais Irene e Frademir, minhas irmãs Dânia e Letícia, meu namorado Everton, pelo afeto, incentivo e presença constante nos momentos difíceis;
- às queridas Ane e Rafaela, pela amizade e incentivo constantes;
- aos colegas de trabalho e amigos Catia, Douglas e Igor, pela compreensão e incentivo constantes;
- à Prof<sup>a</sup> Cláudia, que foi mais que uma orientadora, pelos momentos agradáveis de convívio ao longo de toda minha trajetória acadêmica, pelo incentivo para participar da seleção do mestrado e por tudo que tem me ensinado, com paciência e competência;
- às minhas colegas de mestrado e amigas Andreia, Fernanda e Martina, pelo companheirismo, disponibilidade e ajuda frequentes;
- às Dr<sup>as</sup> Samara Silva dos Santos, Simone Nunes Avila e Tatiana Lionço, pelas sugestões e incentivos recebidos no período da qualificação do projeto de pesquisa;
- à Secretaria e à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSM;
- à Universidade Federal de Santa Maria.

A todos, minha sincera gratidão.

## RESUMO

### UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

AUTORA: Diana Soldera

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Cláudia Maria Perrone

O objetivo da pesquisa foi conhecer as representações de profissionais de saúde sobre práticas sexuais e expressões de gênero. Bem como identificar os fundamentos das afirmações sobre gênero e sexualidade por parte de profissionais de saúde e identificar de que modo as concepções de gênero e sexualidade dos profissionais de saúde interferem em suas intervenções, tanto no sentido da garantia de direitos quanto na lógica da violação do direito à saúde. Para isso foram realizados dois grupos focais com os profissionais de três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um grupo de discussão e problematização do tema e outro, um espaço de troca de informação e sensibilização baseado no resultado do primeiro grupo. A pesquisa qualitativa foi analisada pelas falas dos participantes, em relação ao problema de pesquisa, por análise de conteúdo. A análise se deu pela transcrição dos grupos e observação participante com registro de diário de campo. Este estudo se faz necessário, pois mesmo havendo programas e políticas governamentais e debates públicos envolvendo a temática, ainda notam-se muitos desafios a serem vencidos até que se coloquem em prática esses princípios. A baixa tolerância e a violação de direitos das pessoas LGBTs na saúde pontuam que a homofobia coloca-se como principal empecilho para a efetivação dessas políticas públicas. Entre os resultados encontrados, ressalta-se o não reconhecimento da população LGBT como usuária dos serviços de saúde. Ao não reconhecer o sujeito como usuário do serviço, conseqüentemente não se pensa em ações e medidas que visem à promoção e proteção de saúde do mesmo.

**Palavras-chave:** diversidade sexual; políticas públicas de saúde; homofobia.

## ABSTRACT

### UNIVERSALITY? THE ACCESS OF LESBIANS, GAYS, BISEXUALS AND TRANS PEOPLE TO BASIC PUBLIC HEALTHCARE SERVICES

AUTHOR: Diana Soldera

ADVISOR: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria Perrone

This paper aims to describe and analyze the perception of public servants and healthcare professionals of Santa Maria regarding sexual diversity. Therefore, two focus groups were conducted with professionals from three Family Health Strategy Units (FHS): one group for discussing and problematizing the theme, and the other for exchanging information and awareness based on the results of the first one. The qualitative research was analyzed using the speeches of the participants in relation to the research problem using content analysis. Analysis was done by transcription of the groups and participant observation with a field journal. This study is necessary because, despite the existence of government programs, policies, and public debates on the subject, there are still numerous obstacles to be overcome before these principles are truly put into practice. The low tolerance and violation of rights of LGBT people in healthcare reveal that homophobia is the principal obstacle for such policies to be effective. Among the results found, the lack of recognition of the LGBT population as a healthcare service user stands out. By not recognizing the subject as user of the service, proper actions and measures that aim to promote and protect the health of these users cannot be taken.

**Keywords:** sexual diversity; public healthcare policies; homophobia.

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	8
ARTIGO 1 - HOMOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ENTRAVE ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS .....	10
ARTIGO 2 - UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS E PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE .....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56

## APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa teve início no ano de 2014, quando iniciei a elaboração do projeto de pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação em Psicologia, também orientado pela prof<sup>ª</sup> Cláudia Perrone. Na ocasião, delimitamos como tema da pesquisa a homossexualidade e as políticas públicas de saúde. Ao fim da elaboração do TCC, percebemos algumas lacunas no projeto e detectamos a possibilidade de continuar esta pesquisa no mestrado.

No ano de 2016, ingressei no mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Considerando os resultados obtidos na primeira etapa da pesquisa e visando preencher as falhas apontadas, elaboramos o projeto de pesquisa do mestrado. Ampliamos o foco da pesquisa para a saúde de toda a população LGBT, não apenas de homossexuais como anteriormente. Assim, o objetivo da pesquisa foi conhecer as representações de profissionais de saúde sobre práticas sexuais e expressões de gênero. Bem como identificar os fundamentos das afirmações sobre gênero e sexualidade por parte de profissionais de saúde e identificar de que modo as concepções de gênero e sexualidade dos profissionais de saúde interferem em suas intervenções, tanto no sentido da garantia de direitos quanto na lógica da violação do direito à saúde.

Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo que investigou a forma como os profissionais de Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Santa Maria concebem o tema da diversidade sexual. Participaram da pesquisa funcionários e profissionais de saúde de três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Santa Maria. Ao todo foram 19 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Médicos, 2 Técnicas em Enfermagem, 3 Recepcionistas, 1 Assistente Social, 6 Enfermeiras, 3 Estagiárias de Enfermagem, 3 Cirurgiãs-dentistas, 1 Auxiliar de Consultório Dentário, 1 Psicólogo e 1 Fisioterapeuta.

Os participantes tiveram resguardadas as questões relacionadas ao sigilo e a confidencialidade de seus dados pessoais e de sua participação. Os participantes compuseram o trabalho após consentirem, através de leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual conteve os objetivos da pesquisa de forma clara. A possibilidade de publicação futura dos resultados coletados também foi consentida pelos participantes. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Os dados foram coletados por meio de grupos focais, realizados com os profissionais dos serviços de saúde e diário de campo. Os grupos foram

gravados e posteriormente transcritos. Realizou-se contato prévio com as equipes para agendar os grupos e a participação deu-se com a autorização e a concordância do consentimento livre e esclarecido. Foram realizados dois grupos focais com cada equipe de profissionais para a investigação da percepção dos mesmos a respeito das diversas sexualidades e suas expressões, que tiveram como pergunta disparadora o seguinte questionamento: “Vocês percebem a população LGBT entre os usuários do serviço?”. Além dos grupos focais, utilizou-se como instrumento da pesquisa a observação-participante por meio de um diário de campo. Houve um observador (graduando de Psicologia) nos grupos focais, que fez um diário de bordo, e a autora efetuou a coordenação dos encontros.

O grupo focal constitui-se num “tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos (...), pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências” (MINAYO, 2010). No que diz respeito à observação participante, como técnica utilizada nesta pesquisa, justifica-se pelo entendimento de que existem muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita como: o ambiente, os comportamentos, a linguagem não verbal. Entende-se a importância do registro destas observações em diário de campo não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos. A proposta da realização de dois encontros foi pensada para que o primeiro momento possibilite a investigação do tema com os trabalhadores de saúde. E o segundo, para criar um espaço de reflexão e informação sobre os aspectos levantados pelo grupo.

A pesquisa qualitativa foi analisada pelas falas dos participantes, em relação ao problema de pesquisa, por análise de conteúdo. Os grupos focais gravados foram transcritos para posterior análise de conteúdo temática. Esse método pressupõe organizar o conteúdo dos dados obtidos em temas (palavras, ideias, frases), ele consiste em descobrir os núcleos de sentido que contém a comunicação de acordo com o que se deseja pesquisar. A análise se realiza em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2010, DESLANDES, 2011). Após a análise, os dados foram reunidos em forma de dois artigos científicos, ambos formatados conforme as normas do periódico escolhido para publicação. Optamos por apresentar a dissertação na forma de dois artigos científicos, pois a nosso ver, essa modalidade é mais prática e objetiva que o modelo de tradicional, uma vez que propicia uma divulgação mais rápida dos resultados obtidos.

**ARTIGO 1 - HOMOFOBIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UM ENTRAVE ÀS  
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Homofobia nos serviços de saúde: um entrave às políticas públicas**

**Homophobia on health services: an obstacle for public policies**

**Homofobia en los servicios de salud: un entrabe a las políticas públicas**

## Resumo

O artigo evidencia a forma como funcionários públicos de uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado do RS percebem a homossexualidade e como se relacionam com as pessoas homossexuais, entendidas como gays e lésbicas. Para isso realizou-se dois grupos focais com profissionais desse serviço. O primeiro objetivou a discussão e problematização sobre o tema e o segundo, o esclarecimento de informações e reflexão da equipe a respeito da temática pesquisada, baseado no resultado do primeiro grupo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que analisa as falas transcritas dos participantes e as observações coletadas em diário de campo, por meio de análise de conteúdo temática. Foram encontradas três categorias: Orientação sexual e gênero, Homofobia e Políticas Públicas. Percebeu-se ao fim que os profissionais pesquisados apresentam um discurso preconceituoso a respeito da homossexualidade, o que dificulta a implantação das políticas de saúde voltadas para essa população.

**Palavras-chave:** homofobia; políticas públicas; homossexualidade.

## Abstract

This study shows how civil servants of a Strategy of Family Health of the city in the state of RS perceive homosexuality and how they relate to the population of gays and lesbians. Studies were carried out with two focusing groups with professionals of this service. The first group aimed the discussion and questioning on the subject and the second group studied the explanatory information and awareness of the servants about the studied subject, based on the result of the first group. The research was qualitative, which analyzes the transcribed speech of the participants and observations collected in a field diary, through thematic content analysis. Results showed three categories, namely Sexual orientation and gender, homophobia and Public Policy. The professionals surveyed had a prejudiced

discourse about homosexuality, which hinders the implementation of health policies for this population.

**Keywords:** homophobia; public policy; homosexuality

### **Resumen**

El artículo pone en evidencia el modo como funcionarios públicos de una estrategia de Salud de la Familia de una ciudad del interior del estado del Rio Grande do Sul perciben la homosexualidad y como interactúan con las personas homosexuales, o sea las que se comprenden como gays y lesbianas. Para que este estudio fuera posible, fueron elegidos de los grupos focales con profesionales de este servicio. El primer grupo tuvo el objetivo de discutir y problematizar el tema y el segundo objetivo el aclaro de informaciones y la reflexión del equipo a respecto de la temática investigada llevando en cuenta el resultado del primer grupo. La investigación es cualitativa y haz un análisis de las hablas transcritas de los participantes y las observaciones apuntadas en diario de campo, hechas por el análisis del contenido de la temática. Fueron encontradas tres categorías: orientación sexual y de género, homofobia y políticas públicas. Al fin se percibió que los profesionales investigados presentan un discurso con prejuicio a respecto de la homesexualidad, lo que dificulta la implantación de las políticas públicas de salud que se proponen a ayudar la población.

**Palabras- clave:** homofobia; políticas públicas; homosexualidad.

## Introdução

Historicamente, a homossexualidade figurou como questão de interesse para diversas instâncias da sociedade em momentos diferentes. Já foi considerada um pecado no campo da teologia; um crime no âmbito jurídico; uma doença e um desvio psicológico para a medicina. A homossexualidade foi rechaçada e condenada de diferentes formas até alcançar o seu atual status de orientação sexual, equiparada à heterossexualidade. Tal mudança de paradigma permitiu a gays, lésbicas e bissexuais ingressarem no debate político e social em busca de seus direitos como sujeitos legítimos (Freire & Cardinali, 2012).

No fim do século XX, Kinsey (1948, 1953) constatou em seus estudos sobre a sexualidade que práticas homossexuais eram bem mais difundidas do que se pensava nos Estados Unidos. Em consequência disso, em 1973 a Associação Americana de Psiquiatria retirou o termo homossexualidade da lista de desordens mentais, e em 1975, a Associação Americana de Psicologia também deixou de considerar a homossexualidade uma doença.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina retirou a homossexualidade da classificação de doenças em 1985 (Mott, 2005). Em 1990, a Organização Mundial de Saúde retirou de seus catálogos médicos (DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e CID – Código Internacional de Doenças), o homossexualismo (o sufixo -ismo remete à doença), passando a considerar a homossexualidade uma condição de ser e orientação individual do desejo. Logo em seguida, em 1991 a Anistia Internacional passou a considerar a discriminação contra pessoas homossexuais uma violação aos direitos humanos. Assim, a orientação sexual e a identidade de gênero passam a ser reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação de saúde não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor não só gays e lésbicas, como também, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social (Koehler, 2013; Masiero, 2014).

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) promulgou, em 1999, a Resolução 001 que estabelece normas de atuação em relação ao tema da orientação sexual a psicólogos. Em suma, a Resolução considera que a homossexualidade não é doença, distúrbio ou perversão e estabelece que os psicólogos não devam colaborar com propostas de tratamento e de cura da homossexualidade. A partir desse ano, o psicólogo que infringir a resolução pode sofrer sanções, inclusive a perda do registro profissional caso tente “tratar” o homossexual (CFP, 1999).

Em meados dos anos 1970, nasce o movimento homossexual brasileiro, predominantemente formado por homens homossexuais. Logo em seguida, nos primeiros anos de atividade, as lésbicas começam a se afirmar como sujeitos políticos relativamente autônomos e a integrar o movimento. Nos anos 1990, travestis e depois transexuais passam a participar e, no início dos anos 2000, os bissexuais começam a se fazer visíveis e a cobrar o reconhecimento do movimento (Regina Facchini, 2003). Após a I Conferência Nacional LGBT, adotou-se a sigla LGBT para referir-se a lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (travestis, transexuais e transgêneros), colocando a letra “I” a frente da sigla com a intenção de dar maior visibilidade às lésbicas (Simões; Facchini, 2005).

Esse movimento social aborda várias reivindicações, dentre elas questões até então ignoradas pela esfera política do Estado, como as relacionadas à sexualidade e ao gênero (Rossi, 2008). O Movimento LGBT Brasileiro, como hoje é conhecido, materializou algumas de suas reivindicações com a criação, junto ao Estado, do Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” (2004), visando a garantia da cidadania dos homossexuais e de toda a comunidade LGBT no Brasil através da criação de políticas afirmativas dos direitos desses sujeitos (Brasil, 2004).

Atualmente, observa-se um crescimento da visibilidade das questões que envolvem a temática da homossexualidade e da multiplicidade de expressões e identidades de gênero no Brasil. Contudo, mesmo havendo um avanço, principalmente em programas e políticas governamentais e debates públicos, nota-se muitos desafios a serem vencidos, estando um deles no setor da saúde. Um discurso que ainda persiste nos serviços de saúde, e torna-se um entrave para os avanços das políticas voltadas para a população homossexual, é o da heteronormatividade institucional. A heteronormatividade é a matriz heterossexual imposta aos indivíduos da sociedade, e que não é natural, mas sim “imaginária”, pois nem sempre ela acontece, como nos casos de homossexualidade (Butler, 2001). Esse modelo reforça o pensamento de que existe um comportamento sexual considerado “correto” e, dessa forma, o sujeito que não se adequa a esse padrão está fora da norma (Lionço, 2008).

Há evidências, segundo Freire, Araújo, Souza e Marques (2013), de que fatores relacionados à organização dos serviços, à postura dos profissionais, ao estigma e ao constrangimento vivenciado por esses sujeitos comprometem a materialização dos princípios e diretrizes do SUS. Assim, aumenta-se a necessidade de promover mais debates e de criar espaços de reflexão acerca da homossexualidade e das questões de identidades de gênero, visto que a cada dia esses sujeitos reivindicam sua forma de ser e seus direitos referentes a sua sexualidade e suas formas de expressão.

Por isso, constitui-se como objetivo deste estudo evidenciar a forma como os profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família em uma cidade da região central do Rio Grande do Sul percebem a homossexualidade no seu cotidiano de trabalho. Além de verificar se conhecem e utilizam-se dos princípios das políticas públicas referentes ao tema, o presente artigo busca analisar o modo como os funcionários concebem as questões de sexualidade e gênero no serviço de saúde e problematizá-las [1].

## **Método**

Trata-se de um estudo qualitativo e exploratório, que investigou a forma como os funcionários do serviço público de saúde pesquisado abordam o tema da homossexualidade. A pesquisa realizou-se no espaço de três Estratégias de Saúde da Família (ESF) em um município da região central do RS. Participaram da pesquisa 19 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)[2], 2 Médicos (Med), 2 Técnicas em Enfermagem (TE), 3 Recepcionistas (Rec), 1 Assistente Social (AS), 6 Enfermeiras (Enf), 3 Estagiárias de Enfermagem (EE), 3 Cirurgiãs-dentistas (CD), 1 Auxiliar de Consultório Dentário (AD), 1 Psicólogo (Psi) e 1 Fisioterapeuta (Fis). A escolha dos locais deu-se por indicação de profissionais de saúde da cidade, e pela disponibilidade da equipe em ceder um período para a realização dos encontros. Os participantes mostraram-se receptivos e dispostos a participar dos grupos, porém demonstraram inicialmente certo receio em falar sobre o tema proposto, visto que alguns encontros foram esquecidos e outros tiveram seu tempo diminuído pela equipe.

Os dados foram coletados através de dois grupos focais realizados com as equipes que tiveram duração média de 50 minutos cada um, gravados e posteriormente transcritos, realizados com a equipe de profissionais do serviço. No primeiro grupo, os participantes puderam falar livremente sobre o tema proposto e construir algumas discussões acerca de nomenclaturas, preconceito e políticas voltadas às pessoas homossexuais. A partir dessas discussões, o segundo grupo foi organizado para que as dúvidas fossem esclarecidas e as informações fossem levadas aos participantes, a fim de sensibilizá-los sobre a temática e sobre as dificuldades enfrentadas por essa população, principalmente nos serviços de saúde. Além dos grupos, foram utilizados como instrumento da pesquisa a observação-participante e um diário de campo. Optou-se pelo grupo focal por ser considerado mais adequado para os objetivos propostos, por constituir-se de um “tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos (...) pois visam a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências” (Minayo, 2010).

Os dados foram, então, divididos entre as categorias encontradas e analisados em comparação com o referencial teórico apresentado. Foi realizada a análise de conteúdo, que pressupõe organizar o conteúdo dos dados obtidos em categorias, e as categorias encontradas foram: Orientação sexual e gênero, Homofobia e Políticas Públicas e serão discutidas de acordo com as falas dos participantes e o referencial teórico utilizado.

### **Orientação sexual e gênero**

Na realização dos grupos focais com os profissionais da saúde das ESFs ficou evidente a confusão existente entre orientação sexual, sexo e gênero. Essa falta de esclarecimento e a naturalização do gênero como algo dado (não construído socialmente) corroboram com atos de discriminação a homossexuais e a toda comunidade LGBT. Dessa forma, faz-se necessário esclarecer alguns conceitos para uma melhor compreensão do assunto.

As formas de expressar a sexualidade são determinadas por uma interação de fatores. Podem ser afetadas pelo relacionamento do indivíduo com outro(s), por circunstâncias de sua vida ou pela cultura em que vive (Abdo & Guariglia, 2004). Isso indica que o modo de expressão da sexualidade seria algo construído gradualmente durante o crescimento e o desenvolvimento psicossocial do indivíduo. Na cultura ocidental, costuma-se associar a sexualidade ao gênero, supondo uma congruência entre sexo, gênero e orientação sexual, como se uma fosse inerente ao outro. Esse pensamento se fez presente na fala dos profissionais de saúde pesquisados, quando colocam que o homossexual masculino, por exemplo, considera-se mulher: “tem um que ele é assumido, né, em casa, se veste de, de menina. Dá pra ti ver claramente que ele é um homem, mas ele se veste de menina” (ACS7).

Grande parte dos estudiosos de gênero parte do pressuposto de que sexo é algo definido pela natureza, fundamentado no corpo orgânico, biológico e genético (homem, mulher ou intersexo); e de que gênero é algo adquirido culturalmente (Rubin, 1993; Safiotti,

1992). Os comportamentos femininos e masculinos seriam entendidos, então, como uma construção, ou seja, como algo não dado pela natureza; logo, há várias formas de ser homem ou ser mulher (Hernandes, 2009). Essa compreensão baseia-se na percepção de que o sexo é um dado natural, a-histórico, e de que o gênero é uma construção social e histórica. Porém, esse pensamento, por um lado determinista e por outro construtivista, restringe a possibilidade de compreensão das subjetividades e das sexualidades (Arán, 2006).

Por esse motivo, autores como Foucault e Butler problematizam esse raciocínio. Para Foucault (1998), o dispositivo da sexualidade na modernidade só pode ser compreendido por meio dos mecanismos de poder e saber que lhes são intrínsecos. Assim, “sexo é o resultado complexo de uma experiência histórica singular e não uma invariante passível de diversas manifestações” (Arán, 2006, p.51). Da mesma forma, Butler (2006, p. 4) entende o gênero como performativo, ou seja, “não expressa uma essência interior de quem somos, mas é constituído por um ritualizado jogo de práticas que produzem o efeito de uma essência interior” e só adquire uma estabilidade quanto ao gênero em função da repetição e da reiteração de normas. Assim, o gênero “é vivido como uma interpretação, ou um jogo de interpretações do corpo, que não é restrita a dois, e isso, finalmente, é uma mutável e histórica instituição social” (Butler, 2006).

A identidade de gênero diz respeito à percepção subjetiva de ser de um determinado gênero. Embora as normas sociais procurem dividir o mundo entre homens e mulheres, há uma ampla gama de sujeitos que não estão incluídos em tais normas (Masiero, 2014). São muitas e variadas as identidades de gênero, inclusive, a própria nomenclatura utilizada na definição de gêneros não normativos é múltipla e variada, podendo depender até do contexto cultural. Além das nomenclaturas, também é difícil estabelecer marcos rígidos de diferenciação e conceituação das categorias, pois não há consenso, haja vista ser um campo marcado por tensões, conflitos, contradições e disputas (Ávila, 2012).

Então, identidade de gênero refere-se a formas de se identificar e ser identificado como homem ou como mulher. Já a orientação sexual refere-se à atração afetivossexual por alguém de algum(ns) gênero(s). Para Roger Raupp Rios (2001) a orientação sexual é a “identidade atribuída a alguém em função da direção de seu desejo e/ou condutas sexuais, seja para outra pessoa do mesmo sexo (homossexualidade), do sexo oposto (heterossexualidade) ou de ambos os sexos (bissexualidade).” (p.49). Atualmente, com a visibilidade das pessoas assexuais, considera-se que a assexualidade seja a quarta orientação sexual. Diferente do celibato, que é uma escolha, a assexualidade caracteriza-se pela não experimentação da atração sexual (Asexual Visibility and Education Network [AVEN], 2017).

Homossexuais sentem-se atraídos por pessoas do mesmo sexo, e bissexuais por pessoas de qualquer sexo, o que não se relaciona com sua identidade de gênero, ou seja, não se questionam quanto a sua identidade enquanto homens ou mulheres, ao contrário das pessoas transexuais, travestis e transgêneros. Uma pessoa transexual pode ser bissexual, heterossexual ou homossexual, dependendo do gênero ao qual se identifica e do gênero com relação ao qual se atrai afetivossexualmente. Por exemplo, mulheres transexuais que se atraem por homens são heterossexuais, tal como seus parceiros; homens transexuais que se atraem por mulheres também o são (Jesus, 2012).

A confusão entre as nomenclaturas e o pensamento de que orientação sexual está diretamente ligada à identidade de gênero podem ser novamente identificadas nas falas dos profissionais de saúde pesquisados: “mas eu fui num baile esses dias, e um cara todo de gaúcho, lindo gente, com a esposa e o filho, todo, mas gente, o cara só se levantava, assim, dava toda uma pinta, sabe (risos).” (ACS7).

Fica claro que o entendimento da orientação heterossexual como a “normal”, negando que qualquer identidade seja uma construção social, equivale a negar que toda identidade

culmine em um processo dinâmico, portanto, nunca pronto, mas sempre remodelado (Louro, 1997).

### **Homofobia**

Deve-se entender a homofobia como um fenômeno plural, que transcende a dimensão pessoal fóbica, de rejeição a homossexualidade, e abrange uma dimensão cultural, de natureza cognitiva, em que “o objeto da rejeição não é o homossexual enquanto indivíduo, mas a homossexualidade como fenômeno psicológico e social” (Borrillo, 2010, p. 22). A homofobia é uma manifestação arbitrária que consiste em designar o outro como contrário, inferior ou anormal. Confinado no papel do marginal ou excêntrico, o homossexual é apontado pela norma social como bizarro, estranho ou extravagante. À semelhança do racismo e do antissemitismo, o homossexual é sempre o outro, o diferente, aquele com quem é impensável qualquer identificação (Borrillo, 2010).

Esse pensamento de que os homossexuais seriam pessoas “anormais” ou que ocupariam uma posição “contrária” na sociedade, pode ser vista nas seguintes falas dos profissionais das equipes das ESFs: “é, nós tava [*sic*] falando que a gente atende eles, né, nos direitos deles, atende eles como seres humanos normais, tudo assim, né.” (Rec1), “é que todos os pais sonham com um filho idealizado né, e aí sai um, que é dito normal, então, é difícil. É complicado.” (ACS3), e ainda “mas eu tenho um sobrinho que tem 32 anos, a minha família acha que ele é do outro lado, porque ele não casou até hoje, não namorou ninguém.” (ACS8).

No âmbito de um tratamento discriminatório, a homofobia desempenha um papel pontual na medida em que ela é uma forma de inferiorização, consequência direta da hierarquização das sexualidades, além de conferir um status superior a heterossexualidade, situando-a no plano do natural (Borrillo, 2010). A diferença homo/hétero não é só constatada, mas serve, sobretudo, para ordenar um regime das sexualidades em que os comportamentos

heterossexuais são os únicos que merecem a qualificação de modelo social e de referência para qualquer sexualidade.

Nessa ordem sexual, o sexo biológico determina um desejo sexual único (heterossexual), assim como um comportamento social específico (masculino e feminino). Assim, a homofobia torna-se a guardiã das fronteiras tanto sexuais quanto de gênero. Por isso os homossexuais deixaram de ser as únicas vítimas da violência homofóbica, que acaba visando, igualmente, todos aqueles que não aderem à ordem clássica dos gêneros: travestis, transexuais, bissexuais, mulheres heterossexuais dotadas de forte personalidade, homens heterossexuais delicados ou que manifestam grande sensibilidade (Borrillo, 2010; Junqueira, 2007).

A fala de um profissional da saúde, que surgiu nos encontros de grupo focal, evidencia a hostilidade com o sujeito homossexual:

“Meu filho vê na hora do recreio, os outros começam a chamar ele de menina, ‘ai a menininha, a bichinha, a guriuzinha’... E todas as crianças tão começando a mexer com ele, até perguntaram sobre a vacina do HPV aquela. ‘Ai menininha, tu vai fazer’, diz que disseram pra ele dentro da sala. Começavam a empurrar ele pra dentro da sala, pra ele fazer.” (ACS2).

Aceita na esfera íntima da vida privada, a homossexualidade torna-se insuportável ao reivindicar, publicamente, sua equivalência à heterossexualidade, como visto na fala a seguir:

“A tendência daqui a 20, 30 anos, é todo mundo ser bissexual. Todo mundo fala que é normal o homossexualismo[*sic*], que as crianças vão nascer achando que gostar de homem e mulher é tudo igual, né. Não é que não tenha solução, ele vai crescer achando que é normal gostar de homem e de mulher e se relacionar com os dois.” (E.Enf1).

A homofobia é também o medo de que a valorização da identidade homossexual seja reconhecida; ela se manifesta, entre outros aspectos, pela angústia de ver desaparecer a fronteira e a hierarquia da ordem heterossexual. As falas seguintes ilustram esse pensamento e elucidam a homofobia no discurso dos profissionais:

“Não tem como você bater de frente também, como é que eu vou bater de frente com meu avô e dar uma boneca pro meu filho brincar, ele vai achar que eu tô [sic] destruindo, eu não posso bater de frente. Não é uma lei civil, mas é uma lei moral.” (E.Enf1).

Ainda hoje, a homofobia é percebida por muitas pessoas como um fenômeno banal, como algo consensual, ao passo que a homossexualidade de um parente, por exemplo, continua sendo fonte de sofrimento para as famílias, levando-as, quase sempre, a consultar um profissional da saúde. O desprezo e o escárnio usados muitas vezes para nomear quem se desvia das “normas” sexuais e de gênero configuram um discurso de ódio que pode trazer graves consequências para o sujeito, tais como o adoecimento psíquico, que pode até mesmo levá-los ao suicídio. Durante os grupos focais, um profissional da ESF relatou um fato que parece ser corriqueiro na localidade:

“Traz sofrimento, até pra própria pessoa, a gente vê aí,... tem muita gente que vem aqui querendo dar fluoxetina pros filhos, e isso e aquilo pros netos, achando que são doente e a gente evidencia ali que não é caso de intervenção de nada, é a preferência[sic] sexual que eles não querem aceitar.” (Rec1)

Os homossexuais, em decorrência de suas “práticas anormais”, vivem sob a suspeita de que ameaçam a coesão cultural e moral da sociedade; o discurso homofóbico serve-se desse fantasma como principal arma de seu combate, como é possível verificar nas falas que seguem a baixo. Mesmo quando consegue superar a hostilidade, a fala homofóbica não pode deixar de assumir um tom paternalista. Nesses casos, o tratamento desigual de que os

homossexuais são vítimas é justificado por um mecanismo de dominação que consiste em ocultar as práticas discriminatórias impostas pelo grupo dominante e em enfatizar a ideia de uma “deficiência estrutural” dos dominados, tidos como “anormais” (Silva, 1993; Mott & Cerqueira, 2001; Spagnol, 2001; Peres, 2005; Nascimento, 2007; Pocahy, 2007; Rios, 2007; Borrillo, 2010).

Diferentemente de outras formas de hostilidade, o que caracteriza a homofobia, portanto, é o fato de que ela visa, sobretudo, indivíduos isolados, e não grupos já constituídos como minorias. O homossexual sofre sozinho o ostracismo associado à sua homossexualidade, sem qualquer apoio das pessoas a sua volta e, muitas vezes, em um ambiente familiar também hostil (Borrillo, 2010). Por esse motivo é que se deve salientar a importância dos movimentos sociais e de militância em prol dos direitos dos homossexuais, tais como o movimento LGBT.

### **Políticas públicas em saúde**

Ao longo dos anos, as reivindicações dos movimentos sociais LGBTs provocaram uma evolução no contexto brasileiro relacionado aos direitos homossexuais. A partir de 2001, com a criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD), vinculado ao Ministério da Justiça, as ações dos grupos de ativismo LGBT também começaram a priorizar a reivindicação de políticas públicas voltadas à promoção de sua cidadania e dos direitos humanos. Essas reivindicações seriam para além da esfera de prevenção da epidemia de HIV/Aids e de apoio a suas vítimas, que já vinham surgindo desde meados da década de 1980, e que eram as únicas políticas voltadas à esta população até então (Mello, Avelar & Maroja, 2012).

Em 2004, foi lançado, pelo governo federal, o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes”, no qual se reconhece a necessidade de atenção, no atendimento à saúde, às particularidades de diferenciados

segmentos de mulheres, como negras, indígenas e lésbicas. Ou-tra iniciativa que contemplou as pessoas homossexuais foi a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, aprovada por meio da Portaria nº 675, de 30 de março de 2006, na qual está explicitado o direito ao cuidado, ao tratamento e ao atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero (Melo et al., 2012).

Também em 2004, destaca-se a criação do “Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual”, com o objetivo de promover a cidadania dos homossexuais e de toda a comunidade LGBT, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbica (Melo et al., 2012). O programa apresenta propostas intersetoriais, abrangendo ações nos setores Saúde, Educação, Cultura, Trabalho e Segurança Pública.

Nesse contexto, uma política nacional de saúde que contempla as especificidades da comunidade homossexual começa a se materializar em 2008, com o lançamento da versão preliminar do documento “Política Nacional de Saúde Integral de LGBT”, cuja versão final foi divulgada em 2012 (Melo et al., 2012). Entre as nove diretrizes que orientaram essa política, destaca-se a inclusão de variáveis envolvendo a orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida e etnia nos processos de formulação e implantação de políticas e programas do SUS (Brasil, 2012).

Dentre os avanços apresentados até então, este artigo dá destaque a dois documentos nacionais: o Programa Brasil sem Homofobia e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

*Programa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”*

Em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República elaborou o programa “Brasil sem Homofobia” com o objetivo de promover a cidadania, equiparar direitos e combater a discriminação e a violência. As ações que constituem o Programa estão direcionadas a dar apoio a projetos, a incentivar a capacitação profissional referente a direitos humanos, a promover a autoestima dos homossexuais e de toda a população LGBT, assim como a difundir as informações sobre direitos desta população e a denunciar a violação dos mesmos.

*Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).*

Seguindo as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia, o Ministério da Saúde tem cunhado, a partir de 2012, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Esta política tem como objetivo resguardar as especificidades das pessoas LGBTs no que tange aos processos de saúde-doença. O objetivo geral desta Política Nacional é: “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.” (Brasil, 2012, p.20).

No decorrer dos grupos focais realizados com as equipes de funcionários das ESFs, propuseram-se questionamentos sobre a familiaridade dos profissionais com o Programa e a Política citados. Ao passo que, dos participantes, apenas um fez menção sobre o assunto e disse lembrar vagamente, enquanto o restante demonstrou um total desconhecimento.

“A tempos atrás foi falado sobre essa política, mas não foi divulgado nada... Mas foi falado uma vez de uma política sim, só que não foi... Começaram na secretaria a ver e tem agora parece uma política mesmo, não sei se tá atuando, eles tão implantando alguma coisa assim.” (ACS7)

Em um segundo encontro com os participantes, criou-se um ambiente de explanação acerca dos temas discutidos anteriormente, e também levou-se ao conhecimento dos profissionais informações e esclarecimentos sobre o Programa e sobre a Política. A respeito disso, os profissionais limitaram-se a fazer breves comentários, e o mesmo profissional que lembrou vagamente sobre a Política no encontro anterior, questionou sobre as ações realizadas no município e apontou a desatualização das mesmas: “e no município não existe uma política ainda voltada pra...? Porque inclusive a pouco tempo foi estudado, foi reformulado o plano municipal de saúde, e não tem nada referente a isso.” (ACS7).

Outro ponto a ser destacado é que ao serem questionados sobre o conhecimento de políticas voltadas para pessoas homossexuais, alguns profissionais relacionaram às políticas de prevenção a doenças infectocontagiosas e a prostituição: “nunca ouviram falar sobre ela (Política Nacional)?” (Coordenadora), “só as camisinhas que vinham pras gurias (agentes comunitárias de saúde), que as gurias levavam ali nas casas pro pessoal que fazia...” (Rec), “era pros homossexuais! As gurias levavam, eles tinham cadastro, levavam pra eles. Daí elas levavam nas casas pra eles, que tinha uma casa que era só de homossexuais.” (Rec), “mas aí era só pra garotos de programa, né?” (Enf).

Afirmações que se repetiram no segundo encontro: “eu acho que quem tá [sic] mais nessas políticas aí é quem engloba o HIV, da (cita instituição sede da Política Municipal em HIV/AIDS), das doenças infectocontagiosas. Pelo que eu vi essa política da infectocontagiosa tá englobando a homossexualidade.” (Enf), “eu acho que ainda tá naquela coisa, porque antes tinha os grupos de risco pra HIV que é homossexual, usuário de droga, e aqui no município acho que ainda tá com esse pensamento por isso que entra nessa parte” (Enf) e:

“Mas quero dizer que no Plano Municipal de Saúde, embora entra a (cita a instituição local, sede da Política Municipal em HIV/AIDS) e todas as políticas ali, mas não tem

a política voltada específica, né. No município alguma coisa teria que entrar né, já que já vem, né, pelo que eu entendo ali, desde 2001, né, mais ou menos.” (ACS7).

No Brasil, ainda é escasso o conhecimento das necessidades em saúde dos homossexuais, as condições de vulnerabilidade que enfrentam e suas especificidades no que tange a direitos sexuais e reprodutivos, como visto na fala dos entrevistados. Conhecimento esse que se evidencia como primordial para o desenvolvimento das políticas de saúde direcionadas à categoria. Autores como Barbosa e Facchini (2009) apontam que a população em questão apresenta resistência à procura dos serviços de saúde, o que evidencia o contexto dis-criminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda.

Em decorrência da não adequação do gênero ao sexo biológico (sistema sexo/gênero) ou à orientação do desejo sexual heteronormativa, os LGBTs têm seus direitos humanos básicos agredidos e, mui-tas vezes, encontram-se em situação de vulnerabilidade (Lionço, 2008). Diante dessa realidade, o Ministé-rio da Saúde reconhece que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem os homossexuais e toda a população LGBT à discriminação e à violação de direitos humanos, inclusi-ve ao acesso não integral à saúde (Brasil, 2012).

Nesse sentido, Araujo, Galvão, Saraiva e Albuquerque (2006), afirmam que os homossexuais não têm suas necessidades de saúde contempladas por estar subordinada à homofobia. Os autores acrescentam que o grupo teme revelar a sua orientação sexual nos serviços de saúde, visualizando o impacto negativo que isso trará à quali-dade da assistência. Desse modo, a relação entre profissional e usuário do serviço torna-se fragilizada, princi-palmente a comunicação, onde questões importantes acerca da sexualidade aca-bam sendo omitidas, perdendo-se oportunidades para a promoção da saúde, como nota-se nas falas a seguir: “e existe uma maneira de tu chegar, se eles não chegarem pra gente?” (ACS6), “e

até no relatório que nós vamos ter que preencher agora, nós vamos ter que colocar a opção, né, a opção[*sic*] sexual. A gente que bota.” (ACS5), “pois é, mas até a pessoa que a gente já sabe, que se declarou, já é difícil de dizer ‘o que que eu ponho aqui?’(risos)” (ACS6).

Assim, apesar da existência de projetos, programas e outros compromissos do governo federal, relativos ao tema da saúde das pessoas homossexuais, constata-se que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetivação das propostas do governo. Dois obstáculos, que puderam ser destacados com este trabalho são a homofobia e a heteronormatividade institucional dos serviços de saúde. O processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade se configura como um padrão amplamente difundido e cultuado.

### **Considerações finais**

Quando se perpassam homossexualidade e saúde, as práticas de reivindicações dessas vertentes surgem, no Brasil, em meados do século XX e início do século XXI, em consonância com a noção dos direitos sexuais. A partir de então, passa-se a considerar as necessidades desse grupo populacional, e a pensar em políticas de saúde voltadas aos mesmos. Desde então, percebem-se avanços importantes no contexto brasileiro, como o “Programa Brasil Sem Homofobia” e a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais”. No entanto, ainda persiste, no Brasil e no mundo, a dificuldade enfrentada pelos homossexuais diante das diversas formas de violência e discriminação vivenciadas em decorrência da sua orientação sexual.

Este artigo objetivou verificar a forma como os profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF) pesquisada percebem a homossexualidade e analisar a familiaridade dos funcionários com as políticas públicas direcionadas a essas pessoas. Por meio dos grupos focais, das observações realizadas e da bibliografia utilizada, pode-se concluir com este trabalho, que a percepção dos profissionais prejudica o acesso não apenas dos homossexuais,

mas de toda a comunidade LGBT à saúde, pois pode oferecer obstáculos como o atendimento discriminatório por parte dos profissionais das unidades, condutas profissionais inadequadas por falta de especificidade, constrangimentos, conotações preconceituosas e homofóbicas ou até mesmo ofensas verbais proferidas pelos profissionais (Gutiérrez, 2007; Heck, Randall, & Gorin (2006).

Com isso, percebe-se que, embora as políticas e os programas voltados aos homossexuais apresentem boas iniciativas, a materialização dessas propostas e de ações ainda é desafiadora. Duas barreiras que podem ser consideradas nesse contexto, e que foram destacadas neste artigo, são a homofobia e a heteronormatividade institucional. Como afirma Lionço (2008), o processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta entraves diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade configura-se como um padrão amplamente difundido e cultuado.

Nas falas dos sujeitos pesquisados, podem-se notar discursos que remetem a atendimentos discriminatórios nos serviços de saúde, o que evidencia um longo caminho ainda a ser percorrido rumo à conscientização dos profissionais de saúde quanto às consequências individuais e sociais que a homofobia pode causar. Por isso, a sensibilização dos profissionais da saúde quanto ao atendimento livre de preconceitos e julgamentos é um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos que apresentam diretrizes, objetivos e metas para as políticas públicas de saúde formuladas a favor dos homossexuais (Mello et al., 2011).

Ressalta-se ainda, a necessidade e importância de que os profissionais da área da saúde desenvolvam maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população homossexual para uma maior qualificação dos serviços prestados em todas as áreas da saúde (Lionço, 2008). Assim, os princípios de universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, serão de fato materializados em políticas públicas que

pro-movam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade. Do contrário, continuarão a existir barreiras simbólicas e morais que impedem o acesso de homossexuais a serviços de saúde de qualidade.

### Referências bibliográficas

Abdo, C. H. N. & Guariglia, J. E. F. F. (2004). A mulher e sua sexualidade. In: Cordás, T. A. & Salzano, F. T. (Eds), *Saúde mental da mulher* (pp. 229-268). São Paulo: Editora Atheneu.

Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, 9 (1), p. 49-63.

Araújo, M. A. L. & Galvão, M. T. G. & Saraiva, M. M. M & Albuquerque, A. D. (2006). Relação usuária-profissional de saúde: experiência de uma mulher homossexual em uma unidade de saúde de referência de Fortaleza. *Escola Anna Nery*, 10 (2), p. 323-7.

Asexual Visibility and Education Network. (2017). Recuperado em 9 de maio de 2017, de <http://www.asexuality.org/?q=overview.html>

Ávila, S. (2012). El género desordenado: Críticas em torno a la patologización de la transexualidad. *Cadernos Pagu*, (38), p. 441-451.

Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), p. 291-300. Recuperado em 9 de maio de 2017, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400011).

Brasil. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. (2004). *Brasil sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT e de promoção da cidadania homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. (2012). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.

Borrillo, D. (2010). *Homofobia: história crítica de um preconceito*. (G. J. F. Teixeira, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Butler, J. (2001). *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: Louro, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. p. 151-172.

Butler, J. (2006) O gênero é uma instituição social mutável e histórica. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, v.199. Recuperado em 9 de maio de 2017, de [http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=470&sec](http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=470&sec)

Conselho Federal de Psicologia (1999). *Resolução CFP nº 001/99 de 22 de março de 1999*. Recuperado em 9 de maio de 2017, de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999\\_1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf)

Facchini, R. (2003). Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cadernos AEL*, 10 (18/19), p. 81-124.

Freire, E. C. & Araújo, F. C. A. & Souza, A. C. & Marques, D. (2013). A clínica em movimento na saúde de TTTs: caminho para materialização do SUS entre travestis, transsexuais e transgêneros. *Saúde em Debate*, 37 (98), p. 477-484.

Freire, L. & Cardinali, D. (2012). O ódio atrás das grades: da construção social da discriminação por orientação sexual à criminalização da homofobia. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (12), p. 37-63.

Foucault, M. (1998). *História da sexualidade I: A vontade de saber* (11º ed), (M. T. C. Albuquerque & J. A. G. Albuquerque, trads.). Rio de Janeiro: Graal.

Gutiérrez, N. I. M. (2007). Situación de salud sexual y reproductiva, hom-bres y mujeres homosexuales hospital Maria Auxiliadora. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 3 (1), p. 02-16.

Heck, J. & Randall, V. & Gorin, S. S. (2006). Health care access among in-dividuals involved in same-sex relationships. *American Journal of Public Health*, 96 (6), p. 1111-1118.

Hernandes, B. M. (2009). Discriminação homofóbica e a lei Estadual nº 10.948 de 5 de novembro de 2001. *Revista da Defensoria Pública*, (2), p. 19-39.

Jesus, J. G. (2012). Orientações sobre identidade de gênero : conceitos e termos. Brasília. Recuperado em 9 de maio de 2017, de [https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES\\_POPULA%C3%87%C3%83O\\_TRANS.pdf?1334065989](https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989)

Junqueira, R. D. (2007). Homofobia: limites e possibilidades de um conceito em meio a disputas. *Revista Bagoas: estudos gays*, 1(1), p. 145-166.

Kinsey Institute (1948, 1953). Alfred Kinsey's 1948 and 1953 studies. *Staff Publications*. Recuperado em 9 de maio de 2017, de <https://kinseyinstitute.org/research/publications/historical-report-diversity-of-sexual-orientation.php>

Koehler, S. M. F. (2013). Homofobia, Cultura e Violências: a Desinformação Social. *Interações*, (26), p. 129-151. Recuperado em 9 de maio de 2017, de <http://revistas.rcaap.pt/interaccoes/article/viewFile/3361/2688>

Lionço, T. (2008) Que direito à saúde para a população GLBT? Consi-derando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde & Sociedade*, 17 (2), p. 11- 21.

Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Rio de Janeiro: Vozes.

Masiero, C. M. (2014) *O movimento LGBT e a homofobia: novas perspectivas de políticas sociais e criminais*. Porto Alegre: Criação Humana.

Mello, L. & Perilo, M. & Braz, C. A. & Pedrosa, C. ( 2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud e Sociedad* , (9), p. 7-28.

Mello, L. & Avelar, R. B. & Maroja, D. (2012) Por onde andam as Políticas Públicas para a População LGBT no Brasil. *Revista Sociedade e Estado*, 27 (2), p. 289-312.

Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12 ed.). São Paulo: Hucitec.

Mott, L. (2005). A construção da cidadania homossexual no Brasil. *Democracia Viva*, (25), p. 98–103.

Mott, L. & Cerqueira, M. (2001). *Causa Mortis: Homofobia. Violação dos Direitos Humanos e Assassinato de Homossexuais no Brasil, 2000*. Salvador: Editora Grupo Gay da Bahia.

Nascimento, M. A. N. (2007). *Homossexualidades e homossociabilidades: hierarquização e relações de poder entre homossexuais masculinos que frequentam dispositivos de socialização de sexualidades GLBT*. Assis: UNESP (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP.

Peres, W. S. (2005). *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania*. Rio de Janeiro: UERJ (Tese de Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ.

Pocahy, F. (2007). Um mundo de injúrias e outras violações. Reflexões sobre a violência heterossexista e homofóbica a partir da experiência do CRDH – Rompa o Silêncio. In Fernando Pocahy (Ed.), *Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea* (p. 10-26). Porto Alegre: Nuances.

Rios, R. R. (2001) A homossexualidade e a discriminação por orientação sexual no direito brasileiro. *Direito e Democracia*, 2 (2), p.383-408.

Rios, R. R. (2007). O conceito de homofobia na perspectiva dos Direitos Humanos e no contexto dos estudos sobre preconceito e discriminação. In Fernando Pocahy (Ed.),

*Rompendo o silêncio: homofobia e heterossexismo na sociedade contemporânea* (p. 27-48).

Porto Alegre: Nuances.

Rossi, A. J. (2008). Políticas para homossexuais: uma breve análise do programa Brasil sem homofobia e do tema transversal orientação sexual. *Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder*. Recuperado em 9 de maio de 2017, de [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST46/Alexandre\\_Jose\\_Rossi\\_46.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST46/Alexandre_Jose_Rossi_46.pdf).

Rubin, G. (1993). *O Tráfico de mulheres: notas sobre a “economia política” dos sexos*. Recife, SOS-Corpo.

Saffioti, H.I.B. (1992). Rearticulando Gênero e Classe Social. In: Costa A.O. & Bruschini, C. (orgs.) *Uma Questão de Gênero*. Rio de Janeiro/São Paulo: Rosa dos Tempos/Fundação Carlos Chagas. pp. 183-215.

Silva, H. R. S. (1993). *Travesti: a invenção do feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ ISER.

Simões, J. A. (2005). In: Facchini, R. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990*. Rio de Janeiro: Garamond.

Spagnol, A. S. (2001). *Desejo marginal: violência nas relações homossexuais*. São Paulo: Arte & Ciência.

---

[1] Este texto foi elaborado antes da divulgação de publicação do CID 11.

[2] As siglas foram criadas para a identificação das categorias profissionais dos participantes nas citações ao longo do texto.

**ARTIGO 2 - UNIVERSALIDADE? O ACESSO DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS  
E PESSOAS COM IDENTIDADE DE GÊNERO TRANS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS  
DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

**Universalidade? O acesso de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas com identidade de gênero trans aos serviços públicos de atenção básica em saúde**

**Universality? The access of lesbians, gays, bisexuals and trans people to basic public healthcare services**

## Resumo

O presente trabalho visa descrever e analisar a percepção de funcionários públicos e profissionais de saúde da cidade de Santa Maria sobre a diversidade sexual. Para isso foram realizados dois grupos focais com os profissionais de três Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo um grupo de discussão e problematização do tema e outro, um espaço de troca de informação e sensibilização baseado no resultado do primeiro grupo. A pesquisa qualitativa foi analisada pelas falas dos participantes, em relação ao problema de pesquisa, por análise de conteúdo. A análise se deu pela transcrição dos grupos e observação participante com registro de diário de campo. Este estudo se faz necessário pois mesmo havendo programas e políticas governamentais e debates públicos envolvendo a temática, ainda notam-se muitos desafios a serem vencidos até que se coloquem em prática esses princípios. A baixa tolerância e a violação de direitos das pessoas LGBTs na saúde pontuam que a homofobia coloca-se como principal empecilho para a efetivação dessas políticas públicas. Entre os resultados encontrados, ressalta-se o não reconhecimento da população LGBT como usuária dos serviços de saúde. Ao não reconhecer o sujeito como usuário do serviço, conseqüentemente não se pensa em ações e medidas que visem a promoção e proteção de saúde do mesmo.

**Palavras-chave:** diversidade sexual; políticas públicas de saúde; homofobia.

## Abstract

This paper aims to describe and analyze the perception of public servants and healthcare professionals of Santa Maria regarding sexual diversity. Therefore, two focus groups were conducted with professionals from three Family Health Strategy Units (FHS): one group for discussing and problematizing the theme, and the other for exchanging information and awareness based on the results of the first one. The qualitative research was

analyzed using the speeches of the participants in relation to the research problem using content analysis. Analysis was done by transcription of the groups and participant observation with a field journal. This study is necessary because, despite the existence of government programs, policies, and public debates on the subject, there are still numerous obstacles to be overcome before these principles are truly put into practice. The low tolerance and violation of rights of LGBT people in healthcare reveal that homophobia is the principal obstacle for such policies to be effective. Among the results found, the lack of recognition of the LGBT population as a healthcare service user stands out. By not recognizing the subject as user of the service, proper actions and measures that aim to promote and protect the health of these users cannot be taken.

**Keywords:** sexual diversity; public healthcare policies; homophobia.

## Introdução

Os movimentos sociais organizados em prol dos direitos das pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) concentraram-se no combate à discriminação e ao preconceito, especialmente da homofobia, lesbofobia e transfobia, bem como à prevenção da incidência do vírus da imunodeficiência humana (HIV), tanto na comunidade LGBT quanto na população em geral, nos últimos 30 anos. Na área de saúde, tais movimentos intensificaram-se em busca de estratégias específicas para a promoção da saúde e prevenção de agravos a esses grupos. As reivindicações avançaram e marcaram a história ao compor o conjunto de ações das agendas governamentais visando garantir os direitos dessas pessoas.

No reconhecimento das lutas por direitos e aceitação das particularidades no atendimento ao público LGBT na saúde, destacam-se as propostas das 12<sup>a</sup> e 13<sup>a</sup> conferências nacionais de saúde, realizadas respectivamente em 2003 e 2007. Elas trouxeram à pauta questões relativas aos direitos da população LGBT ao apresentar a orientação sexual e a identidade de gênero como temas de análise da determinação social da saúde. Como consequência dessas ações, ressalta-se a introdução do processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo Ministério da Saúde em 2008, e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) em 2010. Entre outras orientações, a Política prioriza a sensibilização dos profissionais no processo de educação permanente do respeito aos direitos das pessoas LGBTs (Brasil, 2009, 2012).

Dentre a população LGBT, as pessoas com identidades trans – travestis, transexuais e transgêneros - são as que mais enfrentam dificuldades ao buscar atendimentos nos serviços públicos de saúde (Mello *et al.*, 2011). Não somente quando procuram os serviços especializados, como o processo transexualizador, mas em ocasiões nas quais reivindicam atendimento nos serviços de atenção primária. Autores como Valéria Romano (2008) e

Tatiana Lionço (2008), apontam dificuldades no acesso e permanência das pessoas trans nos serviços oferecidos pelo SUS, entre elas o desrespeito ao nome social, a transfobia e travestifobia. Estes fatores colocam-se como obstáculo à busca de serviços de saúde por pessoas trans e causa dos abandonos de tratamentos em andamento [1].

### **Método**

O objetivo deste estudo é analisar como as identidades trans se presentificam nos discursos das equipes de profissionais de Unidades Básicas de Saúde. Também se propõe a verificar como se dá o acesso dessa população aos serviços públicos de saúde. Para isso realizou-se um estudo qualitativo e exploratório no espaço de três Estratégias de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Participaram da pesquisa 19 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 2 Médicos (Med), 2 Técnicas em Enfermagem (TE), 3 Recepcionistas (Rec), 1 Assistente Social (AS), 6 Enfermeiras (Enf), 3 Estagiárias de Enfermagem (EE), 3 Cirurgiãs-dentistas (CD), 1 Auxiliar de Consultório Dentário (AD), 1 Psicólogo (Psi) e 1 Fisioterapeuta (Fis)[2].

Os dados foram coletados através de dois grupos focais realizados com cada equipe dos serviços, ambos com duração média de 50 minutos, gravados e posteriormente transcritos. Optou-se pelo grupo focal por ser considerado mais adequado para os objetivos propostos, por constituir-se de um “tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos (...), pois visam obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências” (Minayo, 2010). A proposta da realização de dois encontros foi pensada para que no primeiro momento fosse feita a investigação sobre o acesso das pessoas com identidades trans ao serviço com os trabalhadores de saúde. O segundo, para a criação de um espaço de reflexão e informação sobre os aspectos levantados pelo grupo. Os dados foram analisados através de análise de conteúdo (Minayo, 2010; Deslandes, 2011).

### **(In)Visibilidade das identidades trans na saúde**

O conhecimento das necessidades em saúde das pessoas LGBTs ainda é insuficiente no Brasil. As condições de vulnerabilidade que as pessoas com identidades de gênero trans enfrentam sobre os seus direitos em saúde são notórias. O reconhecimento dessas especificidades evidencia-se como primordial para o desenvolvimento e efetivação das políticas de saúde direcionadas a essa população. Autores como Barbosa e Facchini (2009) Carrara (2010), Nardi (2013), Toneli (2013), Peres (2015) apontam que a população em questão apresenta resistência à procura dos serviços de saúde, o que evidencia o contexto discriminatório existente organizado em função da homofobia, lesbofobia, transfobia, travestifobia e falta de qualificação dos profissionais de saúde para atender essa população.

A heterossexualidade e o binarismo de gênero configuram a matriz de inteligibilidade a partir da qual a diversidade sexual ganha sentido. A partir da heterossexualidade e da bipartição entre masculino e feminino, tomadas como parâmetro da normalidade, toda a expressão da sexualidade e do gênero é valorada e significada (Butler, 2015; Arán, 2006). A afirmação da diversidade sexual como valor é um contraponto à heteronormatividade e a homofobia, que desqualifica o *status* social de alguns indivíduos (Lionço, 2009). Assim, a homofobia torna-se a guardiã das fronteiras tanto sexuais quanto de gênero:

“Eis porque os homossexuais deixaram de ser as únicas vítimas da violência homofóbica, que acaba visando, igualmente, todos aqueles que não aderem à ordem clássica dos gêneros: travestis, transexuais, bissexuais, mulheres heterossexuais dotadas de forte personalidade, homens heterossexuais delicados ou que manifestam grande sensibilidade” (Borrilo, 2010, p 16)

A emergência da homofobia como um conceito fundamenta-se no deslocamento do foco da essencialização das identidades ou categorização das condutas sexuais, característica ao discurso médico patologizante, para a consideração crítica dos discursos excludentes e de desprivilegio do *status* social de pessoas e grupos em função de suas práticas sexuais e formas

de expressar a feminilidade e a masculinidade (Lionço, 2009; Borrillo, 2010; Rezende, 2016). Por adotarem identidades de gênero não normativas e não binárias, as pessoas trans tem seus direitos humanos básicos não respeitados e, muitas vezes, encontram-se em situação de negligência e vulnerabilidade (Lionço, 2008). Por isso, o Ministério da Saúde reconhece que as identidades sexual e de gênero são atributos que expõem a população LGBT a discriminação e violação de direitos humanos, inclusive ao acesso não integral à saúde (Costa; Lionço, 2006; Arán; Murta; Lionço, 2009; Brasil, 2012).

A questão disparadora de todos os grupos realizados com as equipes indagava se os profissionais reconheciam as pessoas LGBTs entre os usuários do serviço de saúde. Em todos os locais a resposta foi unânime e afirmativa, porém, ao decorrer sobre o assunto, os homens homossexuais foram citados com mais frequência. Ao serem questionados pontualmente sobre a presença de lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis, alguns usuários foram lembrados, porém os participantes reconhecem que são em menor número: “O nosso maior número aqui é de homossexuais. Das lésbicas a gente não observou muito.” (ACS 1). “Na verdade em relação a esse público só ela (referindo-se a uma mulher lésbica) que eu conheço que vem, que procura a Unidade.”(Enf 1) . Outros profissionais justificaram a ausência de lésbicas entre o grupo de usuários do serviço pela dificuldade em reconhecê-las pela aparência, fato que não foi relatado quando citaram a presença de homens homossexuais: “No caso da homossexual, que é lésbica, a gente já não identifica muito. É difícil de tu identificar, só se tu perguntar ou se ela falar alguma coisa.” (Enf 1).

As pessoas com identidades de gênero trans são facilmente identificadas pelos profissionais, porém são pouco vistas na Unidade. Apesar de os participantes, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), reconhecerem essa população entre os moradores das áreas de cobertura das ESFs, eles relatam com naturalidade sobre a ausência desses usuários no posto de saúde: “Isso é bem raro de acontecer, até porque realmente são poucas as

que acessam aqui.” (CD1). “Eu particularmente não me lembro. Pela minha observação eles não frequentam muito a Unidade.” (Enf 2). “De todo tempo que a gente tá aqui, que faz 6 anos, são poucos. Claro que devem existir muito mais, mas que acessam deve ser a minoria deles.” (Enf1).

Em outro momento, alguns participantes da pesquisa revelaram, em tom de ironia, que muitas pessoas trans buscam por atendimentos não oferecidos pela Unidade Básica, como por exemplo a terapia hormonal. Os profissionais mostraram-se irritados com esta procura e transpareceram desconforto em suas falas, uma vez que essa população busca por atendimentos não disponibilizados nos serviços de atenção básica em saúde: “Elas perguntaram muito a questão hormonal, aí é bem complicado, assim, a gente sabe que não pode né. Pode um Endócrino e ainda olhe lá.” (Enf1). “Não é uma coisa pra ser feita a aplicação na Unidade.” (TE).

Outros profissionais relataram que percebem a presença de travestis e transexuais na Unidade, mas afirmam que alguns apresentam um comportamento diferente dos demais usuários. Relatam que esse público prefere ir ao Posto em horários de baixo público, ao fim da manhã ou fim da tarde, por exemplo. Já outros participantes constatam que esse é um hábito defasado e que hoje esse público frequenta em todos os horários, porém relatam que algumas pessoas trans recebem um atendimento diferente dos demais usuários:

“Mas geralmente quando eles chegam aqui na Unidade, a gente nota que os olhares (dos demais usuários) parece que voltam pra eles, então a gente já passa para o acolhimento pra dar uma desfocada deles ali. Então chama pra parte de triagem ou já encaminha pras enfermeiras, justamente pra evitar esse constrangimento.”. (ACD)

E ainda: “A gente tenta tirar um pouco porque se não também acaba constrangendo eles.” (Enf 2).

Ainda que se entenda que as pessoas trans não tenham seus direitos básicos assegurados efetivamente, pode-se dizer também que elas muitas vezes não são reconhecidas como sujeitos de desejo. Judith Butler fala acerca da vulnerabilidade das pessoas transexuais, travestis e transgêneros em função das normas de gênero através da abjeção. Para ela, os corpos abjetos são corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante. Butler afirma que “o indivíduo persiste em seu próprio ser apenas em relação aos outros, e apenas na medida em que as relações com os outros permitem uma grande afetividade ou uma maior expressividade desse desejo de viver” (Porchat, 2010). Se as condições sociais não são propícias e solidárias, torna-se difícil persistir enquanto sujeito.

As identidades trans, ao romper com o que está posto como natural e socialmente aceito, suscitam questionamentos na busca da compreensão de sua gênese e inserção na esfera social. Olhar e aceitar o diferente causa desestabilidade, em especial quando se está engessado por padrões culturais e sociais sem a preocupação de lançar o olhar ao novo ou simplesmente ao que se considera diferente. Nesse contexto, as pessoas trans surgem como um desestabilizador do padrão vigente ocupando posições marginais na sociedade, o lugar do abjeto, ou seja, aquele que não é sujeito:

“O abjeto designa as zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social, que são densamente povoadas por aqueles que não gozam do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do “inabitável” é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito” (Butler, 2013, p 155).

Em seu livro *Quadros de guerra*, Butler (2016) continua a desenvolver o conceito de corpos abjetos ao falar sobre vidas precárias e vidas passíveis de luto. A autora sugere que uma vida específica não pode ser considerada lesada ou perdida se não for primeiro considerada uma vida. Ela enfatiza a invisibilidade de algumas formas de violência e,

principalmente, uma maior ou menor (in)visibilidade da violência sofrida a depender de quem sejam as vítimas. Ao questionar sobre o que é uma vida e quais vidas são apreendidas como precárias ela pontua que os sujeitos são constituídos mediante normas e enquadramentos que atuam para diferenciar as vidas que podemos apreender das que não podemos. Uma vez repetidas, as normas produzem os termos pelos quais os sujeitos são reconhecidos. Por isso, “há ‘sujeitos’ que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas” (Butler, 2016).

Aproximando o pensamento de Butler ao problema da pesquisa, pode-se pensar que ao naturalizarem a ausência de um grupo de pessoas entre os usuários do serviço de saúde, os profissionais não estão reconhecendo essas pessoas como usuários. Se esse grupo de pessoas não é reconhecido como parte de uma comunidade usuária do serviço de saúde, então o serviço nunca irá voltar sua atenção para as necessidades de saúde dessa população. Além de não acolher essas pessoas, não reconhece que está negligenciando a saúde deles. Para reconhecer que a saúde dessa população está sendo negligenciada é necessário reconhecer a vulnerabilidade dessa população. Reconhecer a precariedade dessas vidas requer primeiro que essas vidas sejam apreendidas como vidas, pois a precariedade é um aspecto que só pode ser apreendido no que está vivo.

Assim, o atendimento a esses sujeitos “invisíveis” nos serviços de saúde está permeado por relações socioculturais, visto que a relação entre profissional e usuário representa o encontro de visões distintas. A análise da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS evidencia a garantia do direito de todos os cidadãos ao atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde. Isso implica prestar assistência humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero ou condições socioeconômicas (Brasil, 2006). A existência da lei não garante que a mesma seja cumprida efetivamente, por isso o documento também indica a

necessidade de promover transformações no modo de pensar e agir dos profissionais da saúde, os quais, dada sua importância e função em todos os níveis da rede de assistência, são multiplicadores naturais dessas noções para a sociedade.

A não problematização sobre a ausência das pessoas com identidades de gênero trans entre os usuários do serviço e a sugestão de que as demandas dessa população não cabem às Unidades Básicas de Saúde revelam a naturalização desse cenário por parte das equipes. Se a equipe de saúde reconhece essa população entre os moradores da área de cobertura da Unidade, por que não problematizam a ausência dos mesmos no serviço? Se eles não frequentam a Unidade não são considerados usuários do serviço? Os profissionais não se sentem responsáveis pela saúde dessas pessoas?

### **Vínculo profissional-usuário**

Para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS de Universalidade, Integralidade e Equidade, foi criado, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF visa fortalecer a atenção primária e garantir o acesso universal à saúde a partir do contexto familiar, possibilitando o vínculo profissional-usuário principalmente por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que faz a intermediação entre as famílias e a equipe de saúde (Brasil, 2012).

A Constituição brasileira legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde e garante a qualidade dos serviços prestados. O Sistema Único de Saúde (SUS) é orientado por diretrizes que valorizam as práticas em saúde voltadas aos direitos humanos em todos os níveis de atenção (Brasil, 1990). Mas por mais que o Sistema esteja ancorado em leis com status de Políticas de Nacionais, a sua concretização depende das relações estabelecidas entre os trabalhadores e os usuários (Paim, 2009).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) somada a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) desencadeou modificações na organização dos serviços e na atuação dos

profissionais de saúde. A organização do processo de trabalho das equipes nas ESFs e a relação com os usuários dos serviços vem sendo um desafio para gestores e profissionais de saúde desde então (Paim, 2009).

No contexto da ESF a relação entre profissionais da equipe multidisciplinar e usuário não deve se restringir somente ao tratamento de doenças, mas se fundamentar na promoção da saúde e na percepção do indivíduo como um todo (Brasil, 2012). Na fala de um participante da pesquisa é possível notar que o mesmo reconhece que os usuários do serviço valorizam o vínculo com um profissional de referência, pois ao chegarem ao serviço solicitam conversar com o profissional que já os atendeu outras vezes: “Aí eles pegam confiança, digamos, só na Enf 2., aí querem só ser atendidos pela Enf 2. Tem isso também, o vínculo. Eu acho que eles têm medo de sofrer o preconceito aqui dentro também”. (TE) “Eu percebo que ela tem uma certa confiança na gente quando ela conversa ‘ai, quero falar com a enfermeira, quero falar com o médico’, então esse vínculo, essa confiança que eles depositam na gente é bem interessante” (Enf 1).

Na fala de outro profissional, nota-se que o mesmo reconhece que o vínculo é importante para o usuário, pois este sente-se a vontade para ir até o serviço de saúde e conversar com o profissional, mesmo que para uma conversa informal ou para coletar algumas informações, não apenas por estar com problemas de saúde:

“É, ela tem um vínculo bem forte aqui na unidade com a gente, com o médico, então às vezes ela vem aqui só pra conversar, só pra contar sobre as particularidades dela... e ela tem essa necessidade, até pelo vínculo que ela tem com os profissionais, sabe, de ter essa conversa muitas vezes. então ela sente essa confiança, esse vínculo.” (Enf1).

A ESF prevê a formação do vínculo entre a equipe e os usuários e suas famílias. Pressupõe uma relação de diálogo que se estabelece entre pessoas que se reconhecem e se respeitam como sujeitos. O preconceito pode ameaçar a relação e comprometer o vínculo de

corresponsabilização pela saúde dos usuários (Brasil, 2012). Nas falas a seguir, percebe-se que alguns usuários demonstram medo de sofrer discriminação ou passar por constrangimento ao buscarem atendimento nos serviços de saúde, por isso sentem a necessidade de ir acompanhados por outro usuário que já é referenciado à ESF: “quando chega gente nova da casa (Alojamento para pessoas trans), eles não vêm sozinhos, vem um ou dois junto”. (R1) “geralmente o que tá novo na casa (Alojamento para pessoas trans), digamos, sempre vem com ele um que já é mais antigo, vem acompanhando” (Enf 2). “tipo ‘ó, esse aqui chegou agora a pouco, então ele tá por aqui agora’, daí um traz o outro, traz a outra no caso” (R1).

A prática na equipe de saúde da família deve de ser caracterizada pela humanização e a relação humanizada depende do respeito, da consideração e da atenção dispensada ao usuário (Ilha, 2014). Para que isso ocorra, faz-se necessário que os profissionais conquistem a confiança da população, tornando-se uma referência e fortalecendo a relação de vínculo. O vínculo profissional-usuário torna-se ferramenta eficaz para as ações de saúde e facilita a procura dos serviços de saúde, contribuindo, assim, para a formação da autonomia dos usuários (Brasil, 2012). Nesse sentido, não há formação de vínculo se o usuário não é reconhecido como sujeito. Por isso, salienta-se a importância do conhecimento da realidade e da singularidade de cada um, para que seja estabelecido o vínculo como ferramenta de cuidado em saúde.

### **Considerações finais**

A discriminação por identidade de gênero é um fato que se manifesta em vários espaços da sociedade, coexistindo de maneira institucional em lugares de produção do cuidado. Esses preconceitos podem ser refletidos como disparadores de conflitos éticos na relação entre profissional e usuário. Para que estas violências sejam coibidas e a livre expressão e identidade de gênero seja respeitada é necessária a desnaturalização do pensamento ainda existente de que ser travesti, transgênero ou transexual seja um desvio,

patologia ou anormalidade. Os programas e políticas de saúde voltados para esta população foram criados para regulamentar essas relações de poder e opressão e contribuir para que o acesso à saúde ocorra sem discriminação e preconceito, para que todos os sujeitos tenham seus direitos assegurados. O processo de construção de serviços não discriminatórios e inclusivos na área da saúde enfrenta diversas barreiras diante de uma sociedade na qual as identidades trans são invisibilizadas.

O direito à saúde deve ser uma prioridade universal no cotidiano dos serviços que são formados por pessoas, as únicas que podem, de fato, transformar a realidade. O SUS pode tornar-se um importante instrumento de promoção da cidadania das pessoas trans na medida em que efetiva a universalidade do acesso à saúde, ao superar seus impedimentos, a integralidade da atenção, ao ofertar de forma articulada e contínua os serviços que permitem enfrentar os determinantes e os condicionantes da saúde e do adoecimento, e a equidade, ao considerar as questões específicas à saúde das pessoas trans.

### Referências bibliográficas

- Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora*, 9 (1), p. 49-63.
- Arán, M; Murta, D.; Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4):1141-1149. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020). Acesso em: junho/2017.
- Barbosa, R. M. & Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (2), p. 291-300. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400011). Acesso em: maio/2017.
- Brasil. (2012). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (1990). Ministério da Saúde. *Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Brasília.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Portaria nº 675 de 30 de março de 2006. *Aprova Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País*. Diário Oficial da União, Brasília.
- Brasil. (2009). Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2012). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Borrillo, D. (2010). *Homofobia: história crítica de um preconceito*. (G. J. F. Teixeira, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Butler, J. (2015). *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 9 ed.

Butler, J. (2013). *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: Louro, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. p. 151-172.

Butler, J. (2016). *Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2 ed.

Carrara, S. (2010). Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *Bagoas*, n. 05, p. 131-147. Disponível em: [https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/..](https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/) Acesso em: junho/2017.

Costa, A. M.; Lionço, T. (2006). Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade na saúde? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 47–55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902006000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200006). Acesso em: agosto/2017.

Deslandes, S. F. (2010). O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. In: Maria Cecília de Souza Minayo (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes. 29. ed.

Ilha S., Dias M.V., Backes D.S., Backes M.S. (2014). Vínculo em Estratégia Saúde da Família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 2014 Jul/Set; 13(3), p. 556-562. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19661>. Acesso em: março de 2018.

Lionço, T. (2008) Que direito à saúde para a população GLBT? Consi-derando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17 (2), p. 11- 21.

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 19 no. 1. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004). Acesso em: junho/2017.

Mello, L. & Perilo, M. & Braz, C. A. & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidade, Salud e Sociedad*, (9), p. 7-28.

Minayo, M. C. S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (12 ed.). São Paulo: Hucitec.

Nardi, H. C. (2013). Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. In: Henrique Caetano Nardi, Raquel da Silva Silveira, Paula Sandrine Machado (org). *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Sulina.

Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso em: março de 2018.

Peres, W. S. (2015). *Travestis Brasileiras dos estigmas à cidadania*. Curitiba: Juruá.

Porchat, P. (2010). Conversando sobre psicanálise: entrevista com Judith Butler. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 161-170, jan/abr. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2010000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2010000100009). Acesso em: setembro/2017.

Rezende, M. M. (2016). *Homofobia para além das aparências*. Porto Alegre: Editora Mediação.

Romano, V. F. (2008). As travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde e Sociedade*, São Paulo. Jun 2008. Vol. 17, nº 2, p. 211-219. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200019). Acesso em: julho/2017.

Toneli, M. J. F. (2013). Sobre travestilidades e políticas públicas: como se produzem os sujeitos da vulnerabilidade. In: Henrique Caetano Nardi, Raquel da Silva Silveira, Paula Sandrine Machado (org). *Diversidade sexual, relações de gênero e políticas públicas*. Porto Alegre: Sulina.

---

[1] Este texto foi elaborado antes da divulgação de publicação do CID 11.

[2] As siglas foram criadas para a identificação das categorias profissionais dos participantes nas citações ao longo do texto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou conhecer as representações de profissionais de saúde sobre práticas sexuais e expressões de gênero. Bem como identificar os fundamentos das afirmações sobre gênero e sexualidade por parte de profissionais de saúde e identificar de que modo as concepções de gênero e sexualidade dos profissionais de saúde interferem em suas intervenções, tanto no sentido da garantia de direitos quanto na lógica da violação do direito à saúde. Por meio dos grupos focais, das observações realizadas e da bibliografia utilizada, pode-se concluir com este trabalho, que a percepção dos profissionais sobre as pessoas LGBTs prejudica o acesso das mesmas à saúde. Essa concepção pode oferecer obstáculos como o atendimento discriminatório por parte dos profissionais das unidades, condutas profissionais inadequadas por falta de especificidade, constrangimentos, conotações preconceituosas, homofóbicas e transfóbicas.

A discriminação por identidade de gênero é um fato que se manifesta em vários espaços da sociedade, coexistindo de maneira institucional em lugares de produção do cuidado. Esses preconceitos podem ser refletidos como disparadores de conflitos éticos na relação entre profissional e usuário. Para que estas violências sejam coibidas e a livre expressão e identidade de gênero seja respeitada é necessária a desnaturalização da patologização das identidades trans.

Percebe-se que, embora as políticas e os programas voltados para a saúde de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas com identidades de gênero trans apresentem boas iniciativas, a materialização dessas propostas e ações ainda é falha. O processo de construção de serviços não discriminatórios na área da saúde enfrenta entraves diante de uma sociedade na qual a heterossexualidade e a cisgeneridade configuram-se como um padrão amplamente difundido e cultuado. Os programas e políticas de saúde voltados para esta população foram criados para regulamentar essas relações de poder e opressão e contribuir para que o acesso à saúde ocorra sem discriminação e preconceito, para que todos os sujeitos tenham seus direitos assegurados.

Salienta-se ainda a necessidade e importância de que os profissionais da área da saúde desenvolvam maior proximidade com as políticas públicas e com as problemáticas específicas da população LGBT para uma maior qualificação dos serviços prestados em todas as áreas da saúde. Assim, os princípios de universalidade, integralidade e equidade, constitutivos do SUS, serão de fato materializados em políticas públicas que promovam o enfrentamento das consequências excludentes da homofobia e da heteronormatividade.

O direito à saúde deve ser prioridade no cotidiano dos serviços de saúde. O SUS pode tornar-se um importante instrumento de promoção da cidadania das pessoas trans e de toda a comunidade LGBT na medida em que efetiva a universalidade do acesso à saúde, ao superar seus impedimentos, a integralidade da atenção, ao ofertar de forma articulada e contínua os serviços que permitem enfrentar os determinantes e os condicionantes da saúde e do adoecimento, e a equidade, ao considerar as questões específicas à saúde das pessoas trans.