



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Marcos Pereira da Silva

**Cuidando da Saúde: diálogos sobre a Política de Atenção Integral
para a População LGBT**

UBERLÂNDIA

2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Marcos Pereira da Silva

**Cuidando da Saúde: diálogos sobre a Política de Atenção Integral
para a População LGBT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientadora: Profa. Dra. Eliane Regina Pereira

Co-Orientadora: Profa. Dra. Flavia B. Teixeira

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

S586c
2018 Silva, Marcos Pereira da, 1985-
Cuidando da Saúde [recurso eletrônico] : diálogos sobre a política de
atenção integral para a população LGBT / Marcos Pereira da Silva. -
2018.

Orientadora: Eliane Regina Pereira.

Coorientadora: Flavia B. Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.5334>

Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Pereira, Eliane Regina, 1975-, (Orient.). II. Teixeira,
Flavia Bonsucesso, 1968-, (Coorient.) Universidade Federal de
Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

Glória Aparecida
Bibliotecária - CRB-6/2047



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Marcos Pereira da Silva

**Cuidando da Saúde: diálogos sobre a Política de Atenção Integral
para a População LGBT**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada

Orientador(a): Orientador: Profa. Dra. Eliane Regina Pereira

Co-Orientadora: Profa. Dra. Flavia B. Teixeira

Banca Examinadora

Profa. Dra. Eliane Regina Pereira (Orientadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Leila Bitar Moukachar Ramos (Membro Interno)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Profa. Dra. Fernanda Nogueira Campos (Membro Externo)
Universidade Estadual de Minas Gerais – Uberlândia, MG.

Prof. Dr. Marco Aurelio Maximo Prado (Examinador Suplente)
Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte, MG

UBERLÂNDIA

2018



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO JUNTO AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, DO INSTITUTO DE PSICOLOGIA, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA.

Programa de Pós-graduação em Psicologia – PGPSI

Defesa de: Dissertação de Mestrado Acadêmico - nº 303/2018/PGPSI

Data: 02/08/2018

Hora de início: 09hs00min

Discente: Matrícula nº: 11612PSI014 Nome: Marcos Pereira da Silva

Título do Trabalho: “Cuidando da saúde: diálogo sobre a Política de Atenção Integral para a População LGBT”

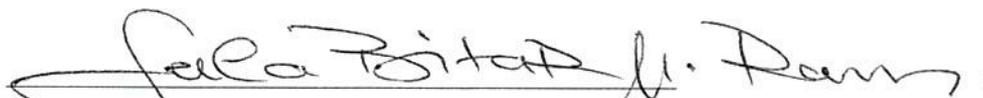
Área de Concentração: Psicologia

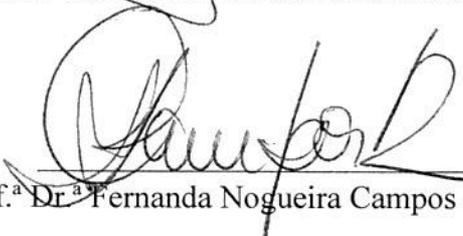
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde e Educação

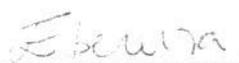
Projeto de Pesquisa de Vinculação: Análise do acesso e da qualidade de Atenção Integral à Saúde da População LGBT no SUS

Reuniu-se, na sala 2C46, do Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira, orientadora do candidato; Prof.^a Dr.^a Leila Bitar Maukachar Ramos (Membro Interno) e Prof.^a Dr.^a Fernanda Nogueira Campos Rizzi (Membro Externo).

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira apresentou a Comissão Examinadora e o candidato, agradeceu a presença do público e concedeu ao discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa. A seguir o senhor presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir o candidato. Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu os conceitos finais. Em face do resultado obtido, a Banca considerou o candidato A **PROVADO**. Esta defesa de Dissertação de Mestrado Acadêmico é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU. Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos às ... horas e ... minutos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora


Prof.^a Dr.^a Leila Bitar Maukachar Ramos (Membro Interno)


Prof.^a Dr.^a Fernanda Nogueira Campos Rizzi (Membro Externo).


Prof.^a Dr.^a Eliane Regina Pereira (Presidente)

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é compreender os sentidos construídos pelos agentes comunitários de saúde de Belo Horizonte- MG sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) na Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram entrevistados 20 Agentes Comunitários de Saúde em Belo Horizonte. Todas (os) as (os) agentes foram convidadas (os) a participar livremente da pesquisa e, após o aceite, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A entrevista semiestruturada foi o instrumento de coleta de dados utilizado que depois de gravada foi transcrita e, posteriormente, textualizada. Os resultados apontaram para a construção de 04 categorias que foram analisadas sob a perspectiva do Construcionismo Social. Constituíram as categorias desse trabalho: “Uma epidemia que demarca lugares”; “A igualdade que sufoca a equidade”, “Desafios da (in)visibilidade: deslegitimação revestida de cuidado e vínculo” e “A igualdade que (des)informa os serviços: entre as demandas imaginadas e negadas”. Na primeira categoria foi possível perceber que há uma relação entre a população LGBT e as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a pressuposição de “comportamento de risco”. Na segunda, prevalece um sentido de igualdade que impossibilita a equidade no cuidado, e silencia as especificidades dessa população. Na terceira, destaca-se a impossibilidade do reconhecimento dessa população, por meio da fofoca e do suposto vínculo com as famílias e vizinhos das pessoas LGBT. Na quarta categoria, a crença na competência para cuidar das pessoas que fazem parte da população LGBT porque suas atuações estão ancoradas na concepção de igualdade. A partir da pesquisa é possível concluir que os discursos dos Agentes Comunitários reforçam e criam práticas que silenciam as necessidades e deslegitimam as especificidades no cuidado à saúde da população LGBT, no entanto, percebe-se a disponibilidade delas para cuidar. É necessário que se construa estratégias sociais e políticas e visam ampliar o debate dessas temáticas e a formação dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-Chave: Saúde; Acesso; Qualidade; LGBT, Agente Comunitário de Saúde.

ABSTRACT

The aim of this research is to understand the meanings built by the community health agents of Belo Horizonte-MG on access and quality of comprehensive health care for the lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender (LGBT) population in the Family Health Strategy of the Unified Health System (SUS). Twenty community health agents were interviewed in Belo Horizonte. All the agents were invited to participate freely in the research and, after acceptance, signed the free and informed consent form. The semistructured interview was the instrument used to collect data that, after being recorded, was transcribed and then later updated. The results pointed to the construction of 04 categories that were analyzed from the perspective of Social Constructionism. They constituted the categories of this work: "An epidemic that demarcates places"; "Equality that stifles equity", "Challenges of (in) visibility: delegitimization covered with care and bond" and "Equality that (des) informs services: between demands imagined and denied." In the first category it was possible to perceive that there is a relation between the LGBT population and the Sexually Transmissible Infections and the presupposition of "risk behavior". In the second, a sense of equality prevails that precludes equity in care, and silences the specificities of this population. In the third, the impossibility of recognizing this population is highlighted, through gossip and the supposed linkage with the families and neighbors of LGBT people. In the fourth category, the belief in the competence to care for people who are part of the LGBT population because their actions are anchored in the conception of equality. From the research it is possible to conclude that the speeches of the Community Agents reinforce and create practices that silence the needs and delegitimize the specificities in the health care of the LGBT population, nevertheless, one perceives the availability of them to take care of. It is necessary to build social and political strategies and aim to broaden the debate on these issues and the training of Community Health Agents of the Family Health Strategy.

Key Words: Health; Access; Quality; LGBT, Community Health Agent.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 Pontos de Partida: breve levantamento da literatura	9
1.2 Aspectos históricos sobre os Agentes Comunitários de Saúde	17
1.3 A política LGBT	24
1.4 As discussões sobre os Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado em saúde para a população LGBT.	29
2 OBJETIVOS	32
2.1 Objetivo geral	32
2.2 Objetivos específicos	32
3. CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 Participantes	34
3.2 Fundamentação teórica e apresentação dos procedimentos para análise de discursos.	35
4 TECENDO NARRATIVAS E INTERAÇÕES	38
4.1 Uma epidemia que demarcou posições	38
4.2 A igualdade que sufoca a equidade	42
4.3 Desafios da (in)visibilidade: a deslegitimação revestida de cuidado e vínculo	46
4.4 A igualdade que (desin)forma os serviços: entre as demandas imaginadas e negadas	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6. REFERÊNCIAS	58
ANEXO I	65

1. INTRODUÇÃO

O segmento da população composto por Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) representa uma parcela das pessoas que têm os seus direitos básicos negligenciados como, por exemplo, na segurança pública, na educação, no acesso à moradia e à saúde. É sobre o direito à saúde que este texto se debruça, problematizando o acesso e a qualidade do cuidado em saúde para a população LGBT na Atenção Básica a partir da percepção dos Agentes Comunitários de Saúde.

O meu interesse pelo tema está atrelado à minha formação acadêmica; seria impossível falar do mesmo sem relatar meu percurso que articula duas graduações: a primeira em História, e outra em Psicologia. O primeiro contato que eu tive com os estudos sobre gênero e sexualidade foi em uma disciplina no curso de História, que tinha como objetivo compreender como a noção que tínhamos sobre a sexualidade e o gênero era sócio historicamente construída, servindo para discriminar e marginalizar indivíduos que não se encaixavam nos padrões de “normalidade”.

No curso de Psicologia foram poucos momentos que marcaram explicitamente as discussões relacionadas a gênero e sexualidade, uma vez que a discussão sobre esse tema tem atravessado a formação de psicólogos e um certo saber sobre sexualidade e gênero ancora o saber/fazer da psicologia mesmo sem ser anunciado. A lacuna sobre a saúde da população LGBT foi percebida antes de concluir a graduação pois, me deparei cuidando de indivíduos que faziam parte desta população, durante os meus estágios, sem pensar nas especificidades desse cuidado. Tais desafios me aproximaram de autores da psicologia social e da saúde coletiva que problematizam o cuidado integral à população LGBT.

O ingresso no mestrado se deu a partir do interesse de pesquisa que estava relacionado aos discursos discriminatórios nos meios de comunicação impressos direcionados à

população LGBT. Alguns pesquisadores que integravam a linha de pesquisa trabalhavam nas análises dos dados coletados na pesquisa nacional *Análise do acesso e da qualidade da atenção integral em saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde*, e fui convidado a trabalhar com as entrevistas realizadas com os Agentes Comunitários de Saúde da Estação Minas Gerais. Esta dissertação resulta desse encontro.

1.1 Pontos de Partida: breve levantamento da literatura

O levantamento bibliográfico, realizado em maio de 2017 e atualizado em fevereiro de 2018, foi inicialmente dividido entre artigos e teses/dissertações e realizado através dos seguintes bancos de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para artigos na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Banco de Teses & Dissertações da Capes para as dissertações e teses. Esse trabalho inicial possibilitou mapear trabalhos publicados na Psicologia e campos correlatos, com temáticas abordando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a atuação destes na Atenção Básica (AB) em saúde da população LGBT.

Embora não tenha sido o objetivo, a realização de uma revisão sistemática dessa literatura, utilizamos como critério de inclusão apenas os artigos que foram publicados em periódicos classificados prioritariamente como da área de Psicologia, mas também os que dialogavam com a área Saúde Coletiva e cujo recorte temático privilegiasse os ACS. Posteriormente ampliamos a busca para incluir os artigos que tratam da saúde da população LGBT na Atenção Básica.

Na primeira pesquisa nos bancos de dados utilizando o descritor “agente comunitário de saúde”, a plataforma SciELO disponibilizou 7 (sete) artigos, a PePSIC retornou com 2 (dois) artigos e através do LILACS 20 artigos retornaram. Após a leitura dos 29 resumos foram

selecionados 19 trabalhos. Os 10 (dez) artigos que foram excluídos ou se repetiam e ou não privilegiavam a discussão sobre Agentes Comunitários de Saúde e psicologia, apesar do descritor. No Banco de Teses & Dissertações da Capes duas dissertações preencheram os critérios e abordavam as perspectivas/interações dos ACS na saúde da população LGBT.

No segundo momento, utilizando os termos de busca “saúde da população LGBT” e Atenção Básica, foram encontrados 7 (sete) artigos, 2 (dois) destes artigos foram publicados em periódicos da área de Psicologia e cinco na área de Saúde Coletiva. Dentre os trabalhos identificados no Banco de Teses & Dissertações da Capes, 11 dissertações e teses se relacionavam ao tema saúde LGBT na atenção básica e foram selecionados para a discussão aqui proposta. Uma outra dissertação foi selecionada embora não dialogasse especificamente com a atenção básica, mantinha o diálogo com o tema saúde da população LGBT. Entre as dissertações, 7 (sete) pesquisas foram produzidas em Programas de Pós-Graduação em Psicologia e 5 (cinco) em Programas da área de Saúde Coletiva.

As publicações identificadas neste levantamento apontam para um campo de investigação recente com um conjunto incipiente de publicações. A Estratégia de Saúde da Família e, mais especificamente, o ingresso da psicologia neste campo de trabalho e pesquisa também pode ser considerado recente. As leituras dos artigos permitem estabelecer algumas pistas sobre o que vem sendo produzido no campo da psicologia sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica. Algumas temáticas foram mais recorrentes, tais como o uso/abuso de álcool e outras drogas; HIV/AIDS; Violência doméstica contra as mulheres; Violência doméstica contra criança, adolescentes e idosos; Saúde Mental; percepções sobre a profissão do Agente Comunitário de Saúde; Processo de trabalho; Saúde dos Agentes Comunitários de Saúde; Comunicação e participação social. Alguns desses trabalhos serão sintetizados abaixo porque estabelecem correlações e emprestam ferramentas para pensarmos sobre os Agentes Comunitários de Saúde, sujeitos de nossa pesquisa.

O estudo de Silveira, Martins e Ronzani (2009) investigou os estereótipos e a atribuição moral dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a dependência de álcool. O trabalho foi realizado em 5 (cinco) cidades por 197 agentes comunitários de saúde de cinco cidades da Zona da Mata Mineira.

A pesquisa de Alves e Peres (2015) objetivou compreender o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde (ACSs) de uma unidade da Estratégia Saúde da Família em relação ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Participaram da pesquisa sete ACSs de uma ESF do município de Uberlândia/MG.

Algumas pesquisas problematizam questões que envolvem a percepção, os sentidos e as crenças dos ACSs sobre o HIV/AIDS. Entre esses trabalhos podemos citar o de Silva e Cardoso (2008), que teve como objetivo identificar os sentidos construídos sobre HIV/AIDS em um grupo com agentes comunitários de saúde. A pesquisa dos autores foi realizada com 4 (quatro) ACSs em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de Ribeirão Preto/SP. Castanha e Araújo (2006) realizaram uma outra pesquisa com 70 Agentes Comunitários de Saúde de ambos os sexos e com a idade média de 2006, em uma cidade de Pernambuco. O objetivo dos autores foi apreender as Representações Sociais dos Agentes Comunitários de Saúde acerca da AIDS.

A violência é um tema que surge frequentemente como preocupação. Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato (2007) investigaram a percepção dos ACSs sobre a violência doméstica contra a mulher. Foram entrevistados 26 trabalhadores (as) ACSs, pertencentes às 25 unidades de saúde de um município de médio porte da região Sul do Brasil. Lourenço, Cruvinel, Almeida e Gebara (2010) analisaram as crenças dos ACSs e a respeito da violência doméstica (VD) contra crianças, adolescentes e idosos, em 24 Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais. A pesquisa de Araújo, Rocha e Cruz (2012) objetivou identificar e comparar as representações sociais de violência e maus-tratos na velhice entre os agentes

comunitários de saúde e outros profissionais de saúde que atuavam na Estratégia da Saúde da Família. Foram sujeitos da pesquisa 50 ACSs e 50 profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e odontólogos).

As percepções dos ACSs e os sentidos atribuídos pelos mesmos sobre a sua prática, como é “ser Agente” foram analisadas por Pupin e Cardoso (2008). Os pesquisadores entrevistaram 10 ACSs nos 5 (cinco) Núcleos de Apoio à Saúde da Família da cidade de Ribeirão Preto/SP. Imbrizini et al. (2012) pesquisaram as condições de trabalho dos ACSs por meio dos diários de campo produzidos durante projeto de extensão universitária em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família. Já Vieira e Tittoni (2015) discutiram imagens criadas por ACSs sobre o seu trabalho. O estudo operou como uma pesquisa de intervenção, com a produção de imagens que descobriram enunciados que produzem subjetividade no trabalho desses sujeitos em equipes de saúde da família no município de Porto Alegre/RS.

Dentre as pesquisas que abordaram o tema da saúde mental, destaca-se Moura e Silva (2015), que estudaram os sentidos atribuídos pelo ACS à Saúde Mental e suas implicações na prática cotidiana e as percepções sobre as ações do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Silva e Peres (2016) objetivaram compreender o imaginário coletivo de um grupo de 6 (seis) ACSs em relação aos usuários de saúde mental. Os sujeitos envolvidos na pesquisa foram os ACSs e os familiares dos portadores de transtornos mentais.

O processo de trabalho dos ACSs foi tema da pesquisa de Shmidt e Neves (2010), que propôs compreender os aspectos da implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) como política pública de atenção primária no enfrentamento de mudança do modelo médico-assistencial hegemônico no país. Os sujeitos da pesquisa foram os integrantes de uma equipe multidisciplinar, especialmente os ACSs, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de São Paulo/SP. Koda, Silva, Machado e Naldos (2012) discutiram o trabalho realizado em uma unidade de saúde, buscando fomentar uma postura protagonista no enfrentamento das

dificuldades cotidianas encontradas pelos ACSs. O artigo de Campos e Romagnoli (2007) discutiu o trabalho dos ACSs junto às famílias dos portadores de transtorno mental, suas funções, potencialidade e os aspectos que envolvem a saúde desses profissionais.

Também em relação à saúde dos ACSs encontramos o artigo de Cremonese, Mota e Traesel (2013), que refletiu acerca das implicações do trabalho em unidades de saúde na Saúde Mental dos mesmos. O estudo foi realizado em uma UBS situada em uma cidade na região central do estado do Rio Grande do Sul. O trabalho de Santos, Vargas e Reis (2014) verificou a ocorrência do estresse laboral entre os ACS da cidade de Aracaju/SE, em pesquisa quantitativa que abrangeu 236 pessoas.

Alguns trabalhos analisaram o processo de comunicação e a participação social. Entre eles, salientamos o de Pinheiro e Guanaes-Lorenz (2014), que realizaram uma pesquisa com o objetivo de discutir como ACSs utilizam as redes sociais dos usuários para desenvolverem ações de promoção de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF). Já a pesquisa de Silva, Mendes, Moraes, Anhas e Rosa (2014) discutiu os aspectos da organização e convivência comunitárias que contribuem para a construção de processos de participação social do ACS e foi realizado em uma unidade de saúde da família no município de Cubatão/RJ.

O levantamento bibliográfico preliminar foi importante porque permitiu perceber que também outras pesquisas consideram relevante investigar os sentidos e as interações dos ACSs como elementos que interferem no processo de cuidado dos/das usuários/usuárias. O presente trabalho se aproxima dessas pesquisas na medida que compreende o papel do ACS como fundamental na atenção básica, entendendo que os mesmos são o primeiro contato do serviço de saúde com a comunidade e, muitas vezes, os principais articuladores entre a demanda da comunidade/usuário e serviço/equipe. Razão pela qual esta pesquisa compreende os ACS como principais protagonistas na implantação da Estratégia Saúde da Família e, conseqüentemente, também para a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

Não identificamos artigo que analisasse o papel do ACS ou sua percepção sobre a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

No escopo dessa investigação, os trabalhos identificados num segundo momento, demonstram que considerar a atenção básica como um campo de investigação sobre as questões LGBT é ainda uma possibilidade recente no Brasil e que não se reduz aos profissionais ACSs. A recente publicação da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2013) é um elemento importante para posicionar temporalmente os trabalhos.

Em relação aos artigos que abordam a temática aqui trabalhada, identificamos dois artigos que foram publicados em revistas de Psicologia. Cardoso e Ferro (2012) realizaram uma revisão bibliográfica com o objetivo de contribuir para a reflexão sobre alguns dos fatores que podem interferir de maneira substancial no processo de saúde-adoecimento-cuidado da população LGBT. A pesquisa de Vitiritti, Andrade e Peres (2016), analisou os discursos de profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, quanto às suas concepções acerca da diversidade sexual.

No que diz respeito às pesquisas sobre a saúde da população LGBT na Atenção Básica, publicadas em revistas de Saúde Coletiva, encontramos 5 (cinco) artigos. A pesquisa de Albuquerque, Garcia Alves, Queros e Adami. (2013) objetivou evidenciar as políticas públicas e a diversidade direcionadas à saúde da população homossexual brasileira, por meio da literatura científica que aborda a saúde integral dela.

Melo, Perilo, Braz e Pedrosa (2011) analisaram as políticas públicas de saúde voltadas à população LGBT no Brasil, a partir de entrevistas com gestores (as) e ativistas. Já a pesquisa de Motta (2016) problematizou a implementação da política pública de equidade em saúde relativa às sexualidades que se desviam da heterossexualidade, no contexto de uma crise democrática. Garcia (2013) investigou sobre os contextos de vulnerabilidade ao

HIV/AIDS entre a população LGBT em situação de rua. Enquanto a pesquisa de Angonese e Lago (2017) refletiram sobre direitos e saúde reprodutiva para a população trans (Travestis, Transexuais e Transgêneros).

Dentre os trabalhos selecionados em Programas de Pós-Graduação em Psicologia, a dissertação de Diaz (2012) teve como objetivo conhecer a posição ou concepções dos/as psicólogos/as que atuam em UBSs a respeito da (s) sexualidade (s) e das sexualidades outras que não a heterossexual.

Silva (2014) investigou os sentidos da diversidade sexual entre estudantes de Medicina, e suas implicações para o atendimento a essa população. A dissertação de Paulino (2016) discutiu os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos (as) da Estratégia Saúde da Família.

A pesquisa de Angonese (2016) objetivou conhecer os discursos e experiências de pessoas trans sobre reprodução e parentalidades, discutindo os limites e possibilidades do atendimento à saúde reprodutiva nos serviços de saúde pública. A pesquisa de Costa (2015) teve como objetivo analisar a vulnerabilidade programática, social e individual para a infecção por HIV em mulheres trans na Atenção Básica.

A tese de Moscheta (2011) tem como objetivo conhecer os desafios da assistência à saúde de LGBTs, no âmbito da saúde pública no Brasil, e elaborar recursos relacionais para ampliação da inclusão desta população contribuindo para qualificação da assistência prestada.

Santos (2015) compreendeu a universalidade de acesso das travestis ao Sistema Único de Saúde (SUS) a partir dos relatos dos encontros e expectativas entre as travestis e os ACSs. É importante mencionar que essa pesquisa foi a única que encontramos, que relacionou a saúde da população LGBT com o trabalho dos ACSs, produzida em um Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Fébole (2017) investigou a violência na relação de cuidado em saúde de LGBTs e

seus efeitos de visibilidade e invisibilidade dessa sexualidade, no âmbito da Estratégia da Saúde da Família. Para a autora, a assistência à saúde desta população é atravessada por efeitos de violência advindos de uma construção social do cuidado pautada em normatizações de gênero e sexualidade, marginalizando outras formas de vivê-la.

No que diz respeito às pesquisas que abordam a saúde da população LGBT na Atenção Básica, no campo da Saúde Coletiva, encontramos outras 7 (sete) dissertações. A pesquisa de Pereira (2015) discorre no campo teórico sobre a formação de estigma para a diversidade sexual, heteronormatividade e homofobia, bem como sobre a ação desses fatores sobre a saúde da população LGBT, as reações de enfrentamento dos movimentos sociais e suas influências sobre elaboração de políticas públicas.

Santos (2017) fez uma pesquisa com o objetivo de desenvolver um Sistema de Informação, de apoio à pesquisa, sistematização e divulgação das pesquisas realizadas no âmbito do observatório da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

O trabalho de Laurentino (2015) analisou como a Política Nacional de Saúde Integral LGBT se relaciona com a camada populacional LGBT, que esteve ao longo das últimas décadas relegada às políticas parciais de combate ao HIV e a disseminação da AIDS, por meio de análise de documentos oficiais e entrevistas com servidores públicos.

Brito (2016) realizou uma pesquisa que visava compreender a percepção e as atitudes de usuários pertencentes a grupos com orientação afetivo-sexual não majoritária e dos profissionais atuantes acerca da prestação de serviços públicos de saúde relativos à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos. Utilizou a técnica da análise dos discursos dos usuários de serviços de saúde, compreendendo os sentidos produzidos pelos usuários a partir dos seus dizeres.

A dissertação de Ferreira (2016), analisou as percepções de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais acerca da atenção à saúde no SUS de Teresina/PI. Realizou-se um

estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa, por meio de grupos focais compostos por 4 (quatro) gays, 4 (quatro) lésbicas, 6 (seis) travestis e 5 (cinco) mulheres transexuais que residiam em Teresina.

A pesquisa de Silva (2017) estudou as questões éticas que permeiam o cuidado à atenção à Saúde das pessoas LGBT a partir das representações sociais dos trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, sobre esta população. Participaram 15 profissionais que atuam na Atenção Básica de Saúde, entre eles 2 (dois) ACSs. É importante mencionar que a pesquisa de Silva não trabalhou especificamente com os ACSs, mas com os diferentes profissionais que fazem parte da equipe da Atenção Básica de Saúde. Entre as dissertações do campo da Saúde Coletiva que encontramos, apenas a pesquisa de Oliveira (2017) trabalhou especificamente com os ACS e a saúde da população LGBT.

O panorama traçado na literatura informa sobre a pertinência de se investigar temas que consideram a saúde da população LGBT e, entre eles, a atuação dos ACSs. No que diz respeito ao que vem sendo produzido sobre o trabalho, a atuação e o protagonismo dos ACSs, percebe-se que os mesmos se encontram em um lugar de suma importância para a implantação de políticas públicas de saúde, de possibilidades de melhorias no acesso e na qualidade dos serviços que são ofertados à população. No tocante à saúde da população LGBT, nota-se que os autores aqui apresentados compreendem que este grupo de pessoas ainda continuam tendo os seus direitos básicos negligenciados e que apesar de existir uma política específica para a saúde LGBT, as instituições continuam reproduzindo estigmas e preconceitos que formam barreiras para o acesso aos serviços de saúde, dificultando também a qualidade nesses serviços.

1.2 Aspectos históricos sobre os Agentes Comunitários de Saúde

Os documentos registram a atuação dos ACSs a partir de 1987, no Estado do Ceará. Há registros entre setembro de 1987 e agosto de 1988 que mostram que 6.113 pessoas foram contratadas em áreas carentes para efetuar atividades ligadas à promoção de saúde em um contexto de seca e escassez de recursos (Sakata, 2009). Entre os contratados, 95% eram mulheres em 118 municípios do sertão cearense. De acordo com Sakata (2009), a contratação tinha como finalidade a realização de atividades de promoção de saúde frente aos períodos de seca e estiagem que atingiam drasticamente a região. No que diz respeito às ações desenvolvidas pelas pessoas contratadas, o autor ressalta a terapia de reidratação oral, a vacinação e a orientação para estímulo ao aleitamento materno.

Após o período mais crítico de estiagem, o programa foi expandido com o objetivo geral de melhorar as condições da comunidade para cuidar da própria saúde. Os objetivos específicos da expansão eram “diminuir o risco de morte, em mães e crianças, relacionado ao parto; aumentar o número de mães que amamentaram os filhos exclusivamente até os quatro meses de vida e reduzir os óbitos causados pela desidratação decorrente da diarreia” (Sakata, 2009, p. 17).

Entre setembro de 1988 e julho de 1989, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi implantado em 45 municípios do interior do Ceará e diante dos resultados positivos desse programa, em 1991 o mesmo acaba sendo ampliado pelo Ministério da Saúde, passando a se chamar Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) (Sakata, 2009).

Ao analisar o histórico do PNACS percebemos que sua atuação inicial foi na região nordeste do país, com o foco em ações de educação em saúde, mobilização da comunidade e atenção ao grupo materno-infantil. Já na região norte do país a implantação foi em caráter emergencial para combater a epidemia de cólera (Silva; Dalmaso, 2002).

O objetivo geral do PNACS se assemelhava ao do PACS, entretanto, além da

preocupação em transmitir informações e conhecimentos à população, era importante criar uma relação de vínculo entre comunidade e os serviços de saúde (Sakata, 2009).

Estão relacionados os seguintes objetivos específicos do PNACS: capacitar os agentes de saúde para realizar ações do primeiro nível de atenção à saúde, garantir a integração entre a equipe de saúde da unidade e os agentes, fortalecer o contato entre a comunidade e os serviços de saúde, aumentar o acesso à informação de saúde pela comunidade e cooperar com a organização comunitária na resolução de problemas de saúde (Sakata, 2009).

O surgimento dos ACSs está relacionado à necessidade de mediar o trabalho entre comunidade e profissionais de saúde, ou seja, o estabelecimento de vínculos. Nesse sentido, os ACSs contribuem decisivamente para a implementação de políticas de prevenção e cuidado em saúde.

Para entendermos a trajetória dos ACSs no país é necessário discutir sobre a constituição do Programa Saúde da Família (PSF). O trabalho de Giovanella e Mendonça (2012) nos ajuda a compreender o processo de consolidação da Atenção Básica e, conseqüentemente, do PSF. De acordo com Giovanella e Mendonça (2012), durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo, direcionando um maior investimento em programas de ações básicas na tentativa de reorganizar o próprio modelo de atenção, com o foco na promoção da saúde.

Assim, a formulação do PSF foi estimulada por esses antecedentes e culminou na portaria n. 692, de dezembro de 1993. Inicialmente, o programa foi implementado em pequenos municípios e guardou o caráter restrito de Atenção Primária à Saúde, continuando com baixa capacidade de garantir a continuidade da atenção (Giovanella & Mendonça, 2012).

De acordo com Giovanella e Mendonça (2012) o PSF foi incentivado pela Norma Operacional básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído no Brasil e definiu o financiamento

específico para sua implementação. Por meio da NOB/96 podemos afirmar que foi possível disciplinar o processo de organização dos serviços segundo campos de atenção assistenciais, de intervenções ambientais e de políticas extra setoriais, baseando em uma concepção ampliada de atenção à saúde e de integralidade das ações.

Foi a partir da NOB/96 que a Atenção Básica em Saúde se caracterizou como o primeiro nível de atenção, em outras palavras, passou a ser entendida como um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos ao tratamento e à reabilitação. É possível perceber que a criação da NOB/96, efetuou diversas mudanças na saúde brasileira. Nas palavras das autoras:

A NOB 96 teve entre suas principais determinações: 1) substituir o modelo de alocação de recursos financeiros federais para estados e municípios – até então com base em convênios e no pagamento por produção de serviços – por nova modalidade de transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e estaduais; 2) fortalecer a capacidade gestora do Estado em nível local, incentivando mudanças no modelo de atenção básica (para reduzir desigualdades do acesso), avançando para além da seletividade (que focaliza a atenção em razão do risco) e propondo a Saúde da Família como estratégia; 3) definir indicadores de produção e de impacto epidemiológico (Giovanella & Mendonça, 2012, pp. 518-519).

O incentivo ao PSF e à sua adequada implementação passou a ser um elemento estratégico permanente para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Viana e Dal Poz (1998), um dos propósitos do PSF foi colaborar na organização do SUS no processo de municipalização, estimulando a participação da comunidade, a reorganização das práticas de trabalho e a promoção da integralidade do atendimento.

Já como estratégia, segundo Giovanella e Mendonça (2012), a Saúde da Família foi especificada em documento do Ministério da Saúde de 1997, intitulado *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Após essa especificação, a Saúde da Família passou a ser entendida não mais como uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, mas como uma estratégia que possibilita a integração e a

promoção da organização das atividades em território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados em diferentes contextos. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família propôs o princípio de vigilância à saúde, enfatizando a característica de atuação inter/multidisciplinar e responsabilidade integral sobre a comunidade que reside na área de abrangência das unidades de saúde. De acordo com as autoras:

A concepção de atenção primária da Estratégia Saúde da Família preconiza equipe de caráter multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a Unidade de Saúde da Família constitua a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção resolutivo, integrado à rede de serviços mais complexos. Recomenda-se que cada equipe – composta por médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde – fique responsável por em média três mil pessoas residentes em área geográfica delimitada (Giovanella & Mendonça, 2012, p. 520).

Essa equipe deve conhecer as famílias que fazem parte do território de abrangência, identificando os problemas de saúde da população e as situações de riscos existentes; a partir disso a equipe precisa elaborar a programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-adoecimento-cuidado, desenvolver atividades educativas e intersetoriais sobre os problemas de saúde que foram identificados e prestar assistência integral às famílias que estão sob sua responsabilidade na atenção básica (Brasil, 2006). Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família efetuou mudanças significativas na dimensão do modelo assistencial ao constituir de forma multiprofissional a Equipe de Saúde da Família, colocando-a como responsável pela atenção à saúde da população, pelo cadastramento das famílias para na Unidade, sendo porta de entrada para o sistema local e primeiro nível de atenção na rede. Entre essas mudanças, podemos destacar a instituição de novos profissionais pertencentes à ESF, no caso, os ACSs, que teriam a sua atuação voltada para a comunidade, ampliando assim a abrangência da equipe sobre os determinantes mais gerais do processo saúde-enfermidade (Giovanella & Mendonça, 2012).

Para Santos (2015), quando se analisa a trajetória dos ACSs no Brasil percebe-se que os mesmos surgem a partir da necessidade de alocar profissionais de saúde que residem em regiões de extrema pobreza e de difícil acesso, localização. Daí a importância desses profissionais serem residentes destes lugares, facilitando a viabilidade territorial para a atuação na comunidade.

A necessidade do reconhecimento territorial pelos ACSs está presente desde o surgimento da categoria, que foi instituída e oficializada enquanto profissão pelo Ministério da Saúde, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), por meio da Portaria nº 1886/GM de 18 de dezembro de 1997 (Brasil, 1997). Esse programa é tido como estratégia fundamental para a consolidação do Programa Saúde da Família. De acordo com o PACS:

São considerados requisitos para o ACS: ser morador da área onde exercerá suas atividades há pelo menos dois anos, saber ler e escrever, ser maior de dezoito anos e ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades. O Agente Comunitário de Saúde deve desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, através de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na Comunidade, sob supervisão e acompanhamento do enfermeiro Instrutor-Supervisor lotado na unidade básica de saúde da sua referência. (Brasil, 2012, p. 51)

O fato dos ACSs terem o reconhecimento do território onde trabalham possibilitou mudanças significativas nos indicadores de saúde, especialmente, com aqueles associados às populações mais carentes de recursos (Santos, 2015). No mesmo sentido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) descreve as atividades do ACS destacando o aspecto territorial e a promoção de saúde, pois cabe aos (às) ACSs:

acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis além de desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à Unidade de Saúde da Família, desenvolvendo também atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas

nos domicílios e na comunidade (Brasil, 2012, p. 49).

Por meio destes detalhamentos da função que deve ser exercida pelos (as) ACSs, é possível afirmar que esses profissionais possuem papéis atuantes e intervencionistas, ligando ainda mais a comunidade, o bairro e os diferentes grupos à UBS. Assim, o trabalho do (a) ACS é de suma importância para a promoção de saúde, prevenção de doença e implementação de políticas públicas de saúde, pois é por meio da atuação desse profissional que todas essas estratégias chegam ao domicílio e à comunidade.

O contexto cultural da comunidade, levado em consideração pelos (as) ACSs, pode ser encontrado desde o início da atuação destes profissionais (Pupin & Cardoso, 2008; Santos, 2015). Essa é a principal característica para a inserção deste profissional na política pública de saúde do SUS, já que, o trabalho do mesmo configura um elo entre a UBS/governo e a comunidade.

Ao analisarmos a Política Nacional de Atenção Básica, podemos perceber que a maioria dos princípios gerais da atenção básica convergem com a atuação dos ACSs na saúde pública e na comunidade. Ao elencarmos alguns desses princípios fica evidente a convergência. Por exemplo, os principais princípios são: a) acesso de primeiro contato dos sujeitos com o sistema público de saúde, a continuidade da atenção; b) a integralidade da atenção; e c) a coordenação da atenção dentro do sistema e, principalmente, os atributos essenciais como a orientação familiar, comunitária e competência cultural (Brasil, 2012). Dessa forma, a Política Nacional de Atenção Básica só consegue seguir esses princípios gerais se houver efetivamente a atuação do ACSs, norteando-o dentro da Estratégia da Saúde da Família e da Comunidade. É importante ressaltar que, o trabalho dos ACSs pode ser compreendido como um convite para a principal porta de entrada dos serviços públicos no campo da saúde, no caso, a Atenção Básica (Santos, 2015).

1.3 A política LGBT

No final da década de 1970, somando os avanços do processo de redemocratização no Brasil, surgiram diferentes movimentos sociais que lutavam em defesa do direito de grupos específicos e de liberdades sexuais. O Grupo Somos é reconhecido como precursor da luta homossexual na sociedade brasileira e atualmente o movimento agrega pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Esse movimento pauta a concepção de homossexualidade como um tema político (Brasil, 2013).

A expansão das ideias defendidas foi dando bases para configurar o que se denominou Movimento LGBT, cujas ações e debates têm promovido mudanças de valores na sociedade, dando visibilidade política a questões e necessidades específicas dessa população (Brasil, 2013).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a oferta de cuidado na atenção básica tem sido objeto de disputa dos movimentos sociais e tema de algumas pesquisas no campo da psicologia. Para Lionço (2008) e Moscheta (2011), a década de 1980 pode ser compreendida como um momento fundamental para a entrada da comunidade LGBT nas estratégias das políticas públicas de saúde. Nesta década há uma intensificação na construção das identidades LGBT, o movimento social LGBT passa a se organizar de forma mais atuante, reivindicando políticas de saúde específicas para essa comunidade (Moscheta, 2011).

É importante ressaltar que ao surgir na década de 1980, a epidemia HIV/AIDS – epidemia que foi fortemente relacionada aos gays – o governo brasileiro começou a apoiar as mobilizações de grupos de homossexuais masculinos que tinham a intenção de prevenir a doença. Esse movimento que era majoritariamente composto por homens, foi incorporando pessoas que faziam parte de grupos com outras identidades sexuais e de gênero, em especial as lésbicas e as travestis. Em consequência dessa incorporação ampliaram a discussão e redirecionaram as ações voltadas para a prevenção e o cuidado das pessoas em relação ao

HIV/AIDS (Brasil, 2013).

A década de 1990 ficou marcada pela constituição do movimento das travestis, instituindo coletivos importantes, como é o caso da Associação das Travestis e Liberados do RJ (ASTRAL), que reivindicou que o governo atendesse suas demandas específicas e trabalhou diretamente nas ações de prevenção do HIV/AIDS (Brasil, 2013).

Na mesma época, a causa de transexuais foi incluída na agenda deste movimento. As discussões sobre as questões específicas envolvendo a homossexualidade feminina, ainda que surgidas na década de 1980, no contexto do Grupo Somos, não tiveram potência para modificar as relações de poder no interior do movimento. Essa situação favoreceu a manutenção da invisibilidade política de lésbicas e mulheres bissexuais. Cabe ressaltar que as lésbicas, por serem inicialmente excluídas como grupo com prática de risco, não foram contempladas nas ações de prevenção da aids (Brasil, 2013, p.10).

As mulheres lésbicas e bissexuais integravam os movimentos feministas e marcaram temas como machismo, misoginia e, principalmente, a própria invisibilidade feminina dentro do Movimento LGBT (Brasil, 2013). Dessa forma contribuiu para qualificar as discussões dentro do próprio movimento, evidenciando as lutas por demandas específicas desse grupo.

A luta do Movimento LGBT produziu debates no campo da Psicologia, culminando na Resolução do Conselho Federal de Psicologia, n. 001/99, regulamentando a prática da psicologia em relação as questões de orientação sexual, descrevendo a contribuição do psicólogo em relação a reflexões sobre o preconceito e a discriminação. Essa resolução proíbe qualquer ação que favoreça a patologização da homossexualidade ou de qualquer tipo de orientação não-heterossexual, assim como as tentativas de cura e tratamento baseado em preconceitos (Sposito, 2017).

Em 2001 é lançado o Conselho Nacional de Combate à Discriminação e, a partir de um dos grupos de trabalho foi discutido a necessidade de construir um programa de enfrentamento à discriminação em relação à população LGBT (Santos, 2015). Fruto das discussões realizadas no Conselho Nacional de Combate à Discriminação, em 2004 é lançado

pelo governo federal o *Programa Brasil Sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual*. É o início das mudanças que iriam acontecer no cenário das políticas públicas de saúde, e que demarcaram a história das intervenções na saúde LGBT da seguinte forma:

No primeiro momento, que se inicia nas primeiras classificações sobre a sexualidade, a perspectiva se definia pela patologização de “sexualidades desviantes” manifestadas em um sujeito enfermo. A proposta terapêutica é corretiva e busca eliminar, ou minimizar o problema focando sua ação sobre o indivíduo. No segundo momento, delimitado pela desconstrução das patologias e pela emergência da AIDS, é organizada por uma preocupação epidemiológica, que propunha sobretudo uma estratégia de ação preventiva tomando como foco da intervenção o estilo de vida de um grupo social. O terceiro momento, que se consolida a partir do fortalecimento das ONGs e sua articulação com políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos humanos, contempla a promessa de uma perspectiva em saúde destinada a promover uma transformação social, cujas estratégias terapêuticas incluem o combate à discriminação e ao preconceito e que expandem seu foco de ação para toda a sociedade (Moscheta, 2011, p. 40-41).

Passamos pelo discurso do indivíduo doente/enfermo, pela compreensão de grupo de risco e chegamos à sociedade desigual. Estamos em um momento em que os discursos sobre a saúde da população LGBT problematizam principalmente o preconceito e a discriminação (Moscheta, 2011). É importante mencionar que o autor não divide esses três momentos atribuindo um sentido de evolução nessas mudanças, ao contrário, me parece que o autor pensa esses momentos a partir das concepções de continuidades e discontinuidades históricas, pois, o mesmo deixa claro que pelo menos teoricamente, os discursos que pensavam a saúde da população LGBT enquanto indivíduos enfermos e/ou grupo de risco não estão mais presentes nas políticas públicas, entretanto, me parece que isso não pode ser afirmado quando se pensa as práticas cotidianas no campo da saúde.

As pesquisas de Laurentino (2015) e Mello, Avelar e Maroja (2012) trazem de forma detalhada esse processo de conquista social e implantação das políticas voltadas à saúde integral da população LGBT, no contexto de que as ações direcionadas foram durante muitos

anos relacionadas ao combate e à prevenção da epidemia da AIDS.

Em 1986 foi lançado o Programa Nacional de DST e AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, tendo como um dos seus pontos principais de atuação a população homossexual, entendidos naquele contexto histórico como disseminadores potenciais do vírus causador da doença. Com a promulgação da Constituição Federal em 1988, foi garantido a cidadania e a dignidade da pessoa humana, a promoção do bem-estar de todos sem preconceitos e, em especial, a criação do SUS, instituindo a saúde como um direito de todos os brasileiros (Mello, Avelar & Maroja, 2012).

Com a criação do SUS vislumbrou-se que todos os cidadãos estariam protegidos e atendidos por uma política de saúde universal e integral, entretanto, o que se viu posteriormente foi a continuação do atrelamento entre as políticas de combate a AIDS e a população LGBT (Laurentino, 2015). Esse atrelamento permaneceu até o ano de 2002, quando o Governo Federal lançou o Programa Nacional de Direitos Humanos 2, entendido por Mello, Avelar e Maroja (2012) como um primeiro marco para a formulação de políticas públicas para a população LGBT. Esse Programa tinha cinco ações que contemplavam “orientação sexual” como uma dimensão da garantia à liberdade, opinião e expressão, e dez ações relativas à garantia do direito à igualdade.

Mello, Avelar e Maroja (2012), afirmam que mesmo existindo um Programa Nacional de Direitos Humanos, as ações não chegaram a ser assumidas por nenhum órgão do poder público, recaindo novamente a atenção à saúde LGBT na política de HIV/AIDS. Tanto Laurentino (2015) como Mello, Avelar e Maroja (2012) destacam que a população LGBT só veio usufruir de políticas públicas para além das relacionadas à AIDS no primeiro governo do Presidente Lula (2003-2006). Foi instituído em 2004 pelo Governo Federal um marco político, denominado Brasil sem Homofobia – Programa de Combate a Violência e à Discriminação contra Gays, Lésbicas, Transgêneros, e Bissexuais (GLTB) e de Promoção da

Cidadania Homossexual. De acordo com Mello, Avelar e Maroja (2012) este programa é o início da institucionalização das políticas públicas para a população LGBT. Neste mesmo ano o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico de Saúde da População GLBT, visando a construção de uma política específica para o SUS.

No ano de 2006, o Conselho Nacional de Saúde passou a contar com a representação LGBT em sua composição, culminando no lançamento da Carta do Usuário do SUS, garantindo o princípio do atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer tipo de preconceito e discriminação (Laurentino, 2015). O artigo que definiu o uso do nome social no serviço de saúde como um direito foi decisivo para o atendimento e acolhimento das pessoas transexuais e travestis no SUS.

Em junho de 2008 foi realizada a I Conferência Nacional LGBT, em Brasília/DF, com o tema Direitos Humanos e Políticas Públicas: o caminho para garantir a cidadania de LGBT (Mello, Avelar & Maroja, 2012). Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou as Portarias MS nº 1.707 e 457, instituindo e regulamentando o processo transexualizador no âmbito do SUS – com o objetivo de garantir às mulheres transexuais, o tratamento adequado no sistema público de saúde para o processo transexualizador, e credenciando os hospitais com expertise ambulatorial e cirúrgica habilitados para este procedimento (Laurentino, 2015).

O Conselho Nacional de Saúde, em 2009, instituiu um Comitê Técnico Permanente, tendo como prioridade aprovar a proposta de Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT. No mês de novembro, o Conselho debateu e aprovou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Mello, Avelar & Maroja, 2012). No ano seguinte, em 2010, o Ministério da Saúde publicou a versão final do Caderno de Atenção Básica nº 26 *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, que trata do tema da orientação sexual e identidade de gênero, como uma ferramenta para os profissionais da saúde no atendimento à população. Ressaltaria que o principal marco em 2010 para a população LGBT foi a divulgação, pelo Ministério da

Saúde, da Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSI LGBT), aprovada no ano anterior pelo Conselho Nacional de Saúde (Laurentino, 2015).

1. 4 As discussões sobre os Agentes Comunitários de Saúde e o cuidado em saúde para a população LGBT.

Entre as pesquisas descritas neste trabalho, dois trabalhos analisaram a atuação dos ACSs no acesso e cuidado em saúde da população LGBT. A pesquisa de Santos (2015) apesar de tratar especificamente sobre as travestis colabora para pensar o lugar dos ACSs e a relação com o público LGBT. Santos (2015) demonstra que a interlocução entre o saber popular da comunidade atendida pela Atenção Básica à Saúde (ABS) e o científico a partir da atuação dos ACSs pode contribuir para a construção de um vínculo maior e mais efetivo entre as travestis. A autora enfatiza que as necessidades e expectativas das travestis em torno da ABS não devem se ater apenas à produção de consultas, aos discursos patologizantes e na distribuição de preservativos. Além disso, a autora afirma que devemos compreender que a existência das travestis é inserida nesse contexto de medicalização da vida e patologização da experiência.

Apesar das conquistas derivadas da luta do movimento social LGBT como, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, ainda é necessário construir estratégias mais eficazes para atender as travestis (Santos, 2015). Mais do que reconhecer a identidade de gênero como um dos determinantes dos processos de saúde, a ABS deve ser pensada como um modelo de reorientação da assistência, visando superar o modelo médico centrado.

Ora, vimos nos relatos acima que a relação com o discurso biomédico ainda é fortemente presente nos cuidados e ações desenvolvidas. Ainda que as escutas, os vínculos e os acolhimentos sejam realizados pelas ACSs com as travestis, os saberes populares ficaram apagados e a força medicalizadora ainda possui um grande espaço na produção dos cuidados nos relatos das ACSs e as travestis na referência à ABS

(Santos, 2015, p. 121).

A autora denunciou a forte presença dos discursos biomédicos e, conseqüentemente, a prática de medicalização, no que diz respeito ao acesso e cuidado em saúde para as travestis. E enfatiza ainda a necessidade de construir relações menos medicalizantes e mais aberta para os diversos contextos de vida (Santos, 2015).

Já a pesquisa de Oliveira (2017) constatou, por meio das entrevistas e dos grupos focais realizados com 12 ACSs, de um município do interior de São Paulo, que a população LGBT não se sente acolhida nos diferentes locais para atendimento de saúde. Para o autor, os principais motivos são a falta de Políticas Públicas ativas e eficientes e o despreparo dos profissionais na área da saúde, concluindo que os profissionais assumiram o despreparo em suas atuações e demonstraram interesse em discutir questões sobre o acesso e cuidado em saúde da população LGBT.

De acordo com Oliveira (2017), a população LGBT possui algumas demandas específicas e o conhecimento referente à orientação sexual e à identidade de gênero indica os caminhos das orientações que devem ser fornecidas aos pacientes. Os Grupos Focais que foram realizados permitiram ao autor perceber que é possível criar mecanismos de sensibilização dos profissionais a respeito da saúde da população LGBT, saindo um pouco de discussões em torno da hipertensão e diabetes, que quase sempre são temas em ações de educação em saúde. Levando em consideração que a AB e, conseqüentemente, a ESF são consideradas porta de entrada para o cuidado em saúde, faz-se necessário que os ACSs tenham conhecimento sobre as questões que envolvem a saúde da população LGBT (Oliveira, 2017).

Nos comentários conclusivos, Oliveira (2017) destacou que assim como a maioria dos profissionais de saúde, os ACSs percebem a população LGBT com foco apenas na sexualidade, baseados em padrões de orientação medicalizante reduzindo a pessoa a um

comportamento sexual, desconsiderando as demais demandas dessa população. Entretanto, o autor ressalta que não se trata de culpar os ACSs, nem desculpar os participantes da pesquisa, mas reconhecer a lacuna existente em suas formações, no que diz respeito à saúde integral da população LGBT.

A presente pesquisa se aproxima dos trabalhos supracitados, no que tange ao acesso e cuidado da população LGBT, a partir da percepção, atuação e sentidos atribuídos pelos ACSs. Acreditamos que estudar os discursos dos ACSs, profissionais de saúde da equipe Estratégia Saúde da Família, é fundamental para compreender a produção do cuidado para a população LGBT na Atenção Básica. Nesse sentido, o problema de pesquisa que norteou esse trabalho foi: como os Agentes Comunitários de Saúde percebem o acesso e a qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os discursos sobre acesso e qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre os Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar os sentidos e as possibilidades do cuidado em saúde com os ACSs para a população LGBT.

- b) Refletir sobre os desafios e barreiras no que se refere ao acesso e a qualidade na atenção em saúde para a população LGBT.

3. CAMINHO METODOLÓGICO

Esta dissertação deriva da pesquisa nacional em andamento intitulada “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Sistema Único de Saúde”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB, tendo recebido o parecer 652.643. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa (Bousselle et al, 2011) com triangulação de métodos (Flick, 2005), no qual, foram utilizados diferentes instrumentos e recursos para a coleta de dados, tais como a aplicação de questionários com gestores/as municipais, entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde da família e oficinas com usuários/as LGBT.

Coordenada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília, a pesquisa foi realizada por pesquisadores/as da Universidade de Brasília (UnB); das Universidades Federais da Paraíba (UFPB), do Piauí (UFPI), de Uberlândia (UFU); das Universidades Estaduais de Maringá (UEM), do Rio de Janeiro (UERJ) e de São Paulo (USP); e do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz de Pernambuco (CPqAM/Fiocruz).

O estudo contemplou as cinco regiões brasileiras. No Norte contemplou: Pará (Belém, Santarém); Amapá (Macapá); e Acre (Rio Branco). Os critérios iniciais de seleção dos estados/municípios foram definidos conjuntamente com o Ministério da Saúde: (a) municípios que tivessem a política de LGBT implementada; (b) municípios acima de 50 mil habitantes; (c) equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa com cadastro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; e (d) equipe da UBSF que há pelo menos um ano conta com a mesma composição de trabalhadores (Brasil, 2013). Foram selecionados os seguintes municípios, divididos por região: a) no Nordeste: Salvador, Feira de Santana e Vitória da Conquista (Bahia); Recife (Pernambuco); João Pessoa (Paraíba); Fortaleza e Juazeiro do Norte (Ceará); Teresina e Picos (Piauí); b) no

Centro-Oeste: Campo Grande (Mato Grosso do Sul); Brasília; Ceilândia; Taguatinga e Sobradinho (Distrito Federal); Goiânia (Goiás); c) no Sudeste: Rio de Janeiro (Rio de Janeiro); São Paulo e São José do Rio Preto (São Paulo); Belo Horizonte e Uberlândia (Minas Gerais); e Vitória (Espírito Santo); e d) no Sul: Curitiba e Maringá (Paraná); e Porto Alegre (Rio Grande do Sul) (Brasil, 2013). Em função da viabilidade da execução da pesquisa, o cálculo de tamanho da amostra de unidades de saúde, por município, foi estabelecido como 200 UBS a serem pesquisadas. Para a cidade de São Paulo, como a de maior proporção populacional, foram incluídas 30 UBS; as capitais com mais de um milhão de habitantes incluíram 10 UBS (Belém, Salvador, Fortaleza, Campo Grande, Rio de Janeiro, Vitória, Belo Horizonte, Curitiba, Porto Alegre), exceto Brasília onde se incluiu as principais cidades satélites e as demais capitais e cidades, foram definidos os critérios de proporcionalidade/tamanho da população.

A definição das UBS nos municípios foi aleatória, por meio de sorteio simples, observando-se o critério de que para serem incluídas no sorteio as UBS teriam que contar com uma ESF com pelo menos um médico, um enfermeiro, um técnico e dois agentes comunitários de saúde.

A pesquisa aqui apresentada é um recorte que se refere à Estação Minas Gerais que abrangeu os municípios de Belo Horizonte e Uberlândia. No entanto, para nossa pesquisa recortamos apenas o município de Belo Horizonte, considerando o histórico de implantação e a taxa de cobertura da Estratégia da Saúde da Família que no segundo quadrimestre de 2015, período da coleta de dados, estava em patamares superiores a 80% de cobertura.

3.1 Participantes

Foram sujeitos desta pesquisa, 20 ACSs que atuavam nas Unidades Básicas, especificamente na Estratégia Saúde da Família do município de Belo Horizonte, em Minas

Gerais, no ano de 2015.

O roteiro da entrevista semiestruturada foi o mesmo para todos os profissionais da UBS. A parte inicial foi organizada com questões que permitissem a identificação do/a entrevistado/a em relação à função na UBSF e formação acadêmica. As dimensões do acesso e qualidade foram distribuídas em blocos de questões que, agrupadas, abordaram domínios conceituais, familiaridade com a PNASI-LGBT, acesso da população LGBT na referida unidade, reconhecimento e presença desse/a usuário/a na unidade de saúde, e as condições do serviço para oferta de cuidados à população. O roteiro da entrevista está disponível no site da pesquisa: <http://www.nesp.unb.br/saudelgbt>. Adicionalmente, este também é encontrado no Anexo I desta pesquisa.

Para o trabalho em questão consideramos relevante destacar que as entrevistas foram realizadas em período anterior ao ingresso do pesquisador no programa de mestrado e que, portanto, ele não integrou o grupo de pesquisa nacional. Coube a esse pesquisador a transcrição e análise das mesmas.

3.2 Fundamentação teórica e apresentação dos procedimentos para análise de discursos.

A análise dos dados foi qualitativa, influenciada pela perspectiva de discursos do construcionismo social (Rasera & Japur, 2007; Burr, 1995; Iñiguez, 2001, Paulino, 2016). A perspectiva construcionista compreende o discurso como um conjunto de práticas linguísticas que preservam e promovem determinadas relações sociais. Assim, para Iñiguez (2001) a análise do discurso consiste no estudo de como essas práticas linguísticas atuam no presente, mantendo e estimulando as relações sociais, mostrando o poder da linguagem como uma prática constituinte e reguladora da sociedade.

Para Burr (1995), os pesquisadores não podem investigar o mundo social e psicológico partindo apenas das presunções e práticas. A pesquisa construcionista deve ter a

linguagem como foco principal, uma vez que os usos e efeitos da linguagem são de central importância para essa perspectiva. Muitos pesquisadores construcionistas sociais, de acordo com Burr (1995), acreditam que os objetivos da pesquisa não deveriam ser a descoberta dos “fatos”, mas a mobilização do processo de pesquisa para se alcançar um objetivo diferente.

Spink & Spink (2015) afirma que os construcionistas são ativos nos questionamentos de verdades geralmente aceitas, já que, os mesmos analisam a essencialização do mundo social, situando-os como produtos humanos históricos e socialmente localizados. A linguagem deixa de ser compreendida como algo apenas expressivo e adquire mais plenamente um caráter performativo. Assim, os discursos das agentes comunitárias não devem ser considerados apenas como algo expressivo, mas práticas que contribuem na construção da realidade por “[...] gerar as categorias a partir das quais pensamos e damos sentidos aos eventos do nosso cotidiano” (Spink & Spink, 2015, p. 692).

De acordo com Paulino (2016), a pesquisa não deveria ser em busca de uma verdade, mas por qualquer utilidade que possibilitasse mudanças para aqueles que precisam. Nesse sentido, o estudo se transformaria em uma pesquisa-ação e em uma atividade política. Isto possibilitaria a desconstrução de discursos que mantêm e fortalecem práticas estigmatizantes e excludentes. É importante ressaltar que na perspectiva construcionista, a linguagem é compreendida como uma prática social, ou seja, os discursos possuem efeitos sobre o social (Rasera & Japur, 2007).

Mesmo Burr (1995) demonstrando, não há receita exata para realizar a análise de discursos e que esse método abriga uma variedade de práticas de pesquisa com diferentes objetivos e bases teóricas e a concepção de desconstrução aparece como uma estratégia viável para realizar a análise discursiva. De acordo com Paulino (2016), o processo de desconstrução pode ser descrito em três ações: 1) revelação das contradições; 2) o desenvolvimento de maneiras de analisar os discursos e representações sobre pessoas e

sociedades, demonstrando como as “verdades” atuais foram construídas sócio historicamente, e como elas são mantidas e quais relações de poder elas carregam; e 3) os discursos são examinados e suas identidades e implicações de poder são trazidas à tona.

4 TECENDO NARRATIVAS E INTERAÇÕES

Nosso universo de pesquisa foi composto por 19 mulheres e 1 (um) homem. A faixa etária de idade variou entre 29 e 57 anos. A maioria dos profissionais têm entre 29 e 35 anos. Em relação ao tempo de trabalho, parte significativa deles, possuem entre 6 (seis) e 10 (dez) anos de trabalho como ACS na Unidade em que foram entrevistados. A maior parte deles não possui formação técnica ou superior. Assim, o perfil dos ACSs que fizeram parte dessa pesquisa demonstra que a maioria deles são mulheres, adultas, que trabalham entre 6 (seis) e 10 (dez) anos na Unidade Básica e não possuem formação técnica ou superior.

4.1 Uma epidemia que demarcou posições

Após a leitura atenta e a análise cuidadosa e criteriosa das entrevistas realizadas nesta pesquisa, percebemos que a maioria dos ACSs possuem um discurso que atrela a saúde da população LGBT às demandas específicas restritas às doenças infectocontagiosas, não percebendo outras demandas advindas desta população.

Esse primeiro núcleo narrativo não é uma novidade, pois reproduz elementos que já foram encontrados e discutidos em outras pesquisas como o trabalho de Mello, Avelar & Maroja (2012), Paulino (2016), Diaz (2012), Costa (2015), Albuquerque et al. (2013) e Fébole (2017). Todas essas pesquisas apontaram, direta ou indiretamente, para ações de atenção e cuidado centradas na prevenção do HIV/AIDS. Da mesma forma, destacamos que no momento dessas falas dos ACSs entrevistados, o segmento da população LGBT que aparece representado é o composto pelos gays e em alguns momentos, as travestis.

É mais, é... como que eu vou te falar? É mais orientação de doenças sexualmente transmissíveis mesmo. Entendeu? Se precisar, se tiver algum diagnóstico de soropositivo, a gente tem referência. Essas coisas assim (Entrevista 13).

A investigação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e HIV/AIDS aparece como demanda dos usuários LGBT, entretanto, esta é a principal oferta de cuidado. No jogo oferta/demanda, permanece o reconhecimento de que gays, travestis e mulheres transexuais são sujeitos desacreditáveis para HIV e outras ISTs o que produz a sobreposição no cuidado (Fébole, 2017). Ou seja, outras possibilidades de demandas são silenciadas pois a relação com o serviço de saúde parece mediada pela oferta/realização do exame e o cuidado baseado na certeza da existência de uma especificidade da população LGBT que está imbricada num emaranhado de linhas que articulam grupo de risco, promiscuidade e descuido:

A AIDS, o HIV (...) Eu acho que é o fato de terem muitos parceiros, muitos parceiros. Ah, eu acho que a situação deles é meio precária. Eu acho que eles conhecem das doenças, sabem muito igual eu te falei, mas só que não previnem muito. Porque vários com que eu converso, os da minha área e também com alguns amigos, e eles falam que vão para festa, fica com um, fica com outro e não ligam. É como um colega meu fala “eu fiquei doidão, fiquei com um, fiquei com outro, fiquei com outro”, então, está aí é o risco de muitas doenças (Entrevista 05).

Atualmente é o pessoal soropositivo, com sífilis também e tuberculose, que era uma doença que estava sumida e agora na minha área tem vários. (Entrevista 05).

Sei lá, um HIV, um Hepatite C, uma tuberculose. Não estamos livres, estamos sujeitos a qualquer tipo de doenças, mas é que a gente vê tanta coisa que a gente fica assim “esse pessoal é um público gay, as vezes não previne, né?” Eu não estou livre de pegar um HIV, eu não estou livre de pegar uma também, uma Hepatite C, ninguém está livre de doença. E aí, as pessoas hoje em dia têm certos tipos de doença, porque sei lá, porque não se preveniu, porque não se cuidou, porque informação tem (Entrevista 01).

Eu acho que é a AIDS e outras DSTs, não minha opinião. Porque eu acho que eles deveriam se prevenir mais, eles não se previnem”. Eu mesmo tenho três amigos que são soropositivos e não previnem e vai indo, vai indo (Entrevista 08).

Os discursos identificados nas entrevistas dessa pesquisa somam-se aos de outras pesquisas e, como já dissemos anteriormente, foram trabalhados principalmente por Paulino (2016) e Fébole (2015). No entanto, rerepresentar aqui a centralidade com que a ideia da promiscuidade organiza os sentidos sobre o cuidado em saúde colabora para pensar os efeitos desse discurso na oferta e na negativa de cuidado. O estabelecimento da relação entre

homossexualidade e promiscuidade não é uma prerrogativa dos ACSs que participaram dessa pesquisa. A promiscuidade é uma acusação reiteradamente performada no campo da saúde para dizer da homossexualidade. A proibição de doação de sangue por pessoas homossexuais ancora-se nessa premissa e reafirma estereótipos que relacionam a homossexualidade ao perigo atuando na perpetuação de estigmas (Cardinali, 2016).

A periculosidade da homossexualidade está marcada na proibição da doação de sangue e circula livremente nos discursos como a auto evidência da contaminação pelo vírus HIV/AIDS. O usuário homossexual é lido através da chave de grupo de risco. Ele seria um sujeito desacreditados (Goffman, 1980), cuja passagem para a posição de desacreditado depende apenas de uma questão de tempo (é sempre uma possibilidade) e deve ser revelada pelo exame. A oferta de exame como porta de entrada do serviço de saúde integra os discursos dos usuários que integraram as pesquisas de Fébole (2017) e Ferreira (2016).

No entanto, os entrevistados anunciam um outro perigo representado pelo descuido. Por serem considerados informados, os usuários gays são responsabilizados pelas diferentes doenças que lhe são atribuídas. A responsabilização do usuário é inversamente proporcional à responsabilidade do serviço. As ações e estratégias de prevenção e a promoção de saúde se reduzem à existência de informação sobre as ISTs e HIV/AIDS, testes e distribuição de insumos.

No município eu não vou saber te dizer. Agora na unidade a gente não tem nenhum trabalho específico direcionado só para eles não. A gente não faz um trabalho específico não (Entrevista 10).

Olha, aqui, a gente trabalha... tentamos trabalhar pelo fato de perceber que eles não têm dado tanta importância a vários tipos de doenças, a gente está trabalhando com informação, camisinhas disponíveis, a hora que eles quiserem, entendeu! Qualquer coisa que precisa a gente tem a referência ao Eduardo de Menezes¹ (Entrevista 13).

¹ Hospital Eduardo de Menezes - HEM, localizado em Belo Horizonte, integra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, FHEMIG. Presta assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária. O ambulatório do hospital integra o Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIV-AIDS do Ministério da Saúde como Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Nossa! Eu sei que a gente tem um público, que demanda, por exemplo, que tem alguma doença, que já pegou, que pega algum material, eu sei que tem um outro, no secundário, conosco aqui a gente deixa as camisinhas assim, antes pegava na farmácia, aí tinha que dar a identidade, eles ficavam com receio, mas não, agora a gente coloca na entrada, não sei se você viu, tem na entrada, lá e vem até uns gelzinhos também. Quem quiser pegar, tem o acesso de pegar. Então assim, tem esses cuidados, agora se precisar chegar, falar com o médico que está precisando de algum exame, de outra coisa, o acesso também é bem tranquilo. Agora fora eu só sei de um lugar que faz exames, agora também estamos tendo o teste rápido, para o HIV e a Sífilis, para ter um teste rápido. Mas ele não é muito procurado, a gente fez saúde da mulher, no Dia Internacional da Mulher, a gente fez um grupo e quem chegava poderia ter esse acesso, de ir lá e fazer o teste. Foi bem aceito assim, mas o público era mais adulto, mais idoso, esse público jovem não vem muito no centro de saúde, mas se vir a gente tenta indicar, procura o acesso, agora em Belo Horizonte eu só sei desse lugar que tem esse acesso especial, se tiver uma doença, se precisar (Entrevista 03).

Assim... a gente pega no geral. Igual álcool e droga que a gente fez... tem o órgão que recebe as pessoas que estão doentes que estão em crise, alguma coisa assim (Entrevista 07).

Ainda que em relação às ações para o enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e ISTs, podemos perceber que o caráter curativo se sobrepõe ao preventivo. O acesso ao serviço parece ser justificado a partir da instalação de uma doença que então promove a igualdade do cuidado. O reconhecimento de uma doença é que parece promover a inteligibilidade do usuário no serviço e a igualdade na oferta do cuidado. Os nomes das doenças são utilizados até mesmo para nomear ou substituir os usuários.

É importante mencionar que esses ACSs não participaram de formação continuada ou permanente no serviço oferecido pelo Estado para atuar no cuidado integral à população LGBT. Segundo Oliveira (2017), na formação dos ACSs uma das referências mais importantes para o cuidado com a população LGBT é o Caderno de Atenção Básica n. 26 com tema focado na Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, que contém um item: População de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Para o autor, o foco na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis é evidenciado também na maioria das abordagens que constam no Caderno. Assim, os discursos dos ACSs podem também ser efeitos da política

institucional que reforça a relação entre população LGBT e o HIV/Aids e as ISTs. A formação e não formação dos ACSs é uma responsabilidade (e decisão) do Estado.

4.2 A igualdade que sufoca a equidade

O trabalho de Paulino (2016) analisou os discursos sobre o acesso e qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT entre os médicos (as), também verificou o que ele chamou de “discurso da não-diferença”. Os discursos da “não diferença”² ou “somos todos iguais” entre os ACSs também circulam sem causar surpresas. A respeito desse discurso Paulino (2016, p. 37-38) afirma que:

[...] a ideia central que busca sustentá-lo é de que a igualdade de tratamento, sem distinções quanto a gênero e orientação sexual levaria a um melhor acolhimento das pessoas LGBT no SUS pois, dessa forma, elas se sentiriam iguais a todas as outras pessoas atendidas em um determinado serviço de saúde. Segundo esse discurso, esse tratamento igual também permite que as pessoas que não fazem parte da população LGBT não percebam nenhuma diferença entre elas e as pessoas LGBT, o que contribuiria para não estimular ou mesmo desencadear ações de preconceito.

Os discursos de igualdade e de negação da diferença se encontram presentes nas falas dos ACSs. Podemos perceber em um trecho da entrevista 3, quando o agente comunitário vai responder perguntas sobre as ações em saúde disponibilizadas para a população LGBT pelas equipes Saúde da Família, que ela se sente incomodada com a possibilidade de pensar as ações ofertadas a grupos específicos. Ao ser perguntada “*como você avalia a forma, ou seja, a organização das ações e dos serviços que estão sendo ofertadas para a população LGBT, aqui na unidade Saúde da Família?*”, a entrevistada indagou para a entrevistadora:

Você acha que a ação em saúde tem que ser separada, tem que ser diferente? A gente faz a organização para uma população só. Aquela população que o paciente que é

² Este termo foi retirado da dissertação de mestrado “Discursos sobre o acesso e a qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT entre médicos(as) da Estratégia Saúde da Família”, apresenta ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, pelo Danilo Borges Paulino.

idoso, diabético, hipertenso... a gente não faz a separação para ação de saúde para população LGBT (Entrevista 18).

Notamos que existe uma suposta lógica de organização dos serviços de saúde, no discurso da agente, que a faz defender que a saúde da população LGBT não deve ser pensada como algo específico. A pergunta feita pela entrevistada à entrevistadora demonstra que na concepção dela, a população LGBT tem que ser tratada pela equipe Estratégia Saúde da Família como qualquer outro grupo. Repare que a agente comunitária tenta distinguir a organização dos atendimentos que são dados aos grupos de pessoas idosas, hipertensas e diabéticos das demais ações que são feitas para o restante da população. A justificativa utilizada pela agente comunitária é de que esses grupos são de pacientes com doenças crônicas e que possuem muitas demandas e precisam ser acompanhados de perto pela equipe Estratégia Saúde da Família. Nos dizeres da agente, a população LGBT pode ir até a Unidade de Saúde da Família sem nenhum problema, como qualquer outra pessoa.

De acordo com Santos (2015) é necessário construir um modelo de reorientação assistencial, que desconstrua o modelo centrado apenas no discurso médico. Há na Atenção Básica de Saúde uma forte presença do discurso médico, pautado em uma percepção de saúde como ausência de doença, dificultando a consolidação de políticas públicas norteadas pelo conceito de acesso e cuidado em saúde. Por meio das entrevistas notamos que, por um lado, os agentes comunitários olham para a população LGBT com foco apenas na sexualidade, como afirmou Oliveira (2017), por outro, a maioria dos discursos dos ACSs excluem a diversidade e especificidades do cuidado em saúde desta população, se fundamentando no “discurso da não-diferença” (Paulino, 2016).

Este autor afirma que o “discurso da não-diferença” é usado como uma estratégia para que as pessoas e as instituições não sejam vistas como preconceituosas. Tal discurso serve para minimizar a diferença, por meio de uma falsa concepção de que somos todos iguais. Entretanto, adverte que existe uma contradição não percebida nesta defesa de igualdade em

relação aos serviços de saúde. Ao defender a “não-diferença” entre os grupos e as pessoas que são atendidas pela Atenção Básica, os agentes comunitários acabam negando a existência do outro, impedindo que a diferença se expresse (Paulino, 2016).

Eu acho que não devia. Aqui é igual eu te falei, trata todo mundo igual. Não tem que ter prioridade ou deixar reservado alguma coisa para eles. Não. São tratados normais, são pessoas normais. Se é saúde da mulher, é saúde da mulher, se é saúde do homem, é saúde do homem. Não importa se é gay, se é lésbica. É tudo a mesma coisa, é marcado do mesmo jeito (Entrevista 11).

Eu tenho um olhar. Para mim todo mundo é igual independente de cor, religião, sexo. Conheço um monte de gente, aqui dentro da vila. Tem pessoas, casais, jovens, adolescentes, adultos, então, conheço muita gente desse mundo LGBT e eu me dou bem com todo mundo. Então para mim, não faz diferença nenhuma. (Entrevista 01).

Ao analisar o trecho percebemos que o discurso de igualdade, de que a população LGBT não deve ser tratada de forma diferente pode ser considerado como uma prática discursiva que impede essa população a ser tratada com equidade, pois tal princípio diz respeito ao atendimento em saúde de acordo com as necessidades de cada grupo, ou seja, oferecendo mais cuidado e atenção para os que mais necessitam. Diferentes autores (Paulino, 2016; Mello, Avelar & Maroja, 2012; Diaz, 2012; Costa, 2015; Albuquerque et al., 2013) e também a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013) apontam que a população LGBT possui necessidades específicas.

Ao se perguntar sobre a necessidade de existir uma política para a saúde integral LGBT, a maioria dos agentes discordaram da necessidade de haver tais iniciativas. Nas entrevistas percebemos que existe um discurso ambivalente sobre o direito do cuidado integral em saúde e a ideia de que agir de acordo com uma política específica é dar privilégios para a população LGBT.

Na minha opinião? O mesmo. Tem que frequentar a fila do mesmo jeito, esperar ali fora, o que tem que esperar. Eu acho que não tem que ter privilégio ou ser desmerecido. O mesmo serviço que é oferecido para um, é oferecido para o outro. (...)

na minha opinião é porque são pessoas do mesmo jeito. Não precisa disso não. “Atende aquele lá primeiro porque é gay ou vamos deixar para atender por último aquele lá”. Independente do caso dele, eu acho que a gente tem que ver não é a pessoa, mas o que a pessoa está criando para o centro de saúde. A doença da pessoa ou ajudar prevenir. Esse é o meu serviço (Entrevista 08).

Como identificado por Paulino (2016) nos discursos dos médicos da saúde da família, também os ACSs acionam o princípio da igualdade, no entanto, a especificidade que importa seria aquela que novamente remeteria ao lugar da promiscuidade/ISTs/AIDS.

Em serviço de saúde? Eu acho que dessa população o que tem que ser trabalhado é a questão de orientação, o uso de preservativos, né! Todo aquele cuidado para evitar mesmo a questão de DST, porque as vezes tem uma troca maior de parceiros, né! Frequentam vários locais, daí isso aumenta o risco de contágio, mesmo, né... de ter uma doença sexualmente transmissível, então seria algo voltado para isso.. de orientação, distribuição de preservativos, a unidade na verdade até tem, né, e não penso que seria algo que fosse focado, só para eles como se fosse: “aquele grupo vai ser trabalhado separado”. Eu acho que é algo que pode ser trabalhado de forma geral até para não gerar uma questão de discriminação de não se sentir “haa... eu tenho que ir na quarta porque eu sou da população LGBT e não posso ir com os outros” né, eu acho que não seria algo legal (Entrevista 02).

A negativa de práticas discriminatórias parece ser acionada para contrapor à ideia de equidade, ou seja, não reconhecer a desigualdade e o impacto da homofobia no acesso e qualidade do cuidado para a população LGBT. No entanto, o discurso deixa escapar a relação entre dissidência sexual e de gênero e o perigo.

Olha, aqui ninguém discrimina ninguém não. Aqui é paciente, é igual. Pode estar com uma doença mesmo perigosa que todo mundo atende numa boa, ninguém discrimina ninguém não, graças a Deus (Entrevista 07).

A entrevistada abaixo acredita que pensar em demandas específicas seria uma forma de atendimento específico. Nota-se que construir ações para atender integralmente a população LGBT soa para a maioria das entrevistadas como um jeito de criar privilégios para esta população ou, por outro lado, criar formas de atendimento discriminatório.

É o que eu te disse antes. Eu acho que não existe uma forma específica para o atendimento a eles. Se existe eu não tenho consciência disso ainda. Eu acho que aqui a gente trata o melhor que pode a todos (Entrevista 19).

Nota-se que a entrevistada tem um discurso de que a população LGBT não deve ser tratada de uma forma diferente das outras pessoas. Em certo momento do discurso da agente comunitária, aparece a palavra *privilégio*, mas em seguida a entrevistada usa a ideia de desmerecimento para justificar a crença de igualdade. Sugere que o argumento de que a população LGBT não deve ser desmerecida é utilizado na tentativa de silenciar qualquer tipo de diferença. A impressão que a agente transmite é de que ao olhar para a população LGBT de um modo diferente do restante das pessoas que são atendidas pela unidade de saúde, estaríamos oferecendo privilégios para a comunidade LGBT.

4.3 Desafios da (in)visibilidade: a deslegitimação revestida de cuidado e vínculo

Os ACSs conhecem o território onde atuam. Participam das redes de relações e, as informações sobre os moradores integram as conversas com os vizinhos e outros moradores. Nesse conjunto de interações, as informações sobre a homossexualidade também parecem circular mediada pela fofoca. Nesse trabalho, adotamos a perspectiva indicada por Fonseca (2004) de que “a fofoca serve para informar sobre a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública”.

Agora na minha micro área uma pessoa não me falou não. Vizinhos que comentam, eles mesmo não falam não (Entrevista 12).

Eu vou na casa deles, né, aí eu vejo o casal... a mãe fala, sempre tem um da família que fala. Eles normalmente não falam, mas você percebe (Entrevista 04).

Através das colegas de trabalho. Quando nós fizemos o curso, é “você sabe aquela, aquele”, eu falei “não parece”, pois ele é. Dessa forma, porque eu não tenho contato direto com o paciente, entendeu? Mas foi falado assim, na forma de apresentação, não de discriminação, de fofoca, nada disso (Entrevista 03).

(...) como a gente mora no aglomerado, a gente vê eles saindo, muitos e com a roupa diferente que um homem não usaria, né, pelo preconceito. Ou então pela maquiagem, pela história mesmo da família porque os ACS são muito próximos das famílias então a gente conhece. Às vezes, cresceu junto com a gente, então, na escola sentia que ele era diferente, que ele era mais delicado né, e agora depois que a gente viu que não era delicadeza, era por causa da opção sexual que ele escolheu. Também a gente não trata

como doença né, as pessoas que pensam, como eu não tratei um até hoje como doença, mas tem pessoas que fala que ele é anormal, ele então é doente, pelo conhecimento mesmo das famílias que a gente sabe que são, que tiveram outra opção sexual escolhida por eles (Entrevista 02).

O Cadastro Individual integra o Sistema de Informação da Atenção Básica e possui campos para identificação de orientação sexual e identidade de gênero, caso seja do desejo do usuário informar. No entanto, nenhum participante referiu ter obtido conhecimento dessa condição a partir da realização desse procedimento que é de competência dos ACSs. Manter a orientação sexual atrelada ao universo da fofoca é uma estratégia de deslegitimação eficaz que oblitera o reconhecimento da homossexualidade e dificulta sua circulação através dos registros oficiais.

A recusa dos ACSs em perguntar sobre a orientação sexual dos usuários baseada no receio de ser considerada invasiva perde fôlego quando os usuários informam sobre as conjugalidades.

Ele apresenta como companheiro, “esse é meu companheiro” na hora do cadastro, então eu tenho que colocar ele com outro homem, companheira, com outra mulher. É... ou a mãe fala, assim, eles são mais discretos, mas é muito difícil alguém chegar e falar que é (Entrevista 11).

Por exemplo, na minha área, vamos falar da minha área. Eu tenho casais assim.. mais de mulheres. De homens, por exemplo, eu não tenho, de que moram juntas, né. E... aí eu fico sabendo, vou lá fazer o cadastro e elas falam que são companheiras e tal, falam naturalmente assim, entendeu? E tem gays que assim... não falam abertamente, mas que a gente vê que é e tal, assim, naturalmente, não assim que falam “eu sou... (Entrevista 10).

Como nós que só fazemos os cadastros, então geralmente, a gente tem o meio de vida deles. Igual, vou dar um exemplo que fui ontem... eu cheguei na casa, fui várias vezes, e quem me atende sempre é um rapaz que não é o dono da casa porque o dono da casa eu já cadastrei, aí eu perguntei pra ele, eu falei: “você é o que dele? Ele falou: sou namorado.”. Aí eu falei assim: “então eu posso te cadastrar”. Então nós temos acesso porque eles mesmos dão indícios e não só nesses casos, né, também de meninas com meninas, então nós temos. Na minha área temos muitos casos e não é de hoje, desde que comecei. Igual esse mesmo que eu fui, que o rapaz falou que era o namorado dele, ele já trocou de namorado várias vezes, então quando eu cadastrei ele eu já sabia que ele era homossexual (Entrevista 09).

Na verdade, eles mesmo falam, eles revelam, são super espontâneos, conversam com uma tranquilidade enorme, então eles não tem restrição nenhum de falar: “eu vivo com

meu companheiro, eu vivo minha companheira”, eles não tem essa dificuldade. Eu pelo menos nunca presenciei dificuldade. “Eu vivo com mulher, eu sou homem e vivo com homem”. Eles são bem tranquilos (Entrevista 02).

A informação aparentemente tranquila da situação conjugal dos usuários é contraditória com a dificuldade informada sobre a orientação sexual. Quando perguntadas sobre o reconhecimento de pessoas pertencentes ao segmento LGBT no território de sua responsabilidade, os ACSs reafirmam a deslegitimação que agora reaparece ressignificado como vínculo:

Existe, existe sim. Tem pessoas que tem medo de falar, mas a gente percebe né, a situação, e com o tempo a gente vai dando liberdade e ela começa a se expor, então assim, é uma coisa que fica entre... no caso, eu ACS e ele, ele ou ela né. Se ele quer que passa (sic) para frente, não quer que fale com o médico, a gente guarda para gente, mas se for alguma coisa que precise ser passado, alguma doença, algo assim, aí a gente vem na reunião de equipe e passa para o médico em sigilo (Entrevista 07).

Eu? Ah, não sei... Por exemplo, os casais de meninas que moram na minha área, assim... na hora das perguntas do formulário, a gente pergunta qual o parentesco seus e tal, aí elas falam, entendeu. Eu já tive umas que não quiseram falar, falaram que era primas, que eram amigas e tal. E que assim, eu percebi, não sei por que eu percebi não (Entrevista 10).

Eles falam né. Igual falei com você, as vezes você está conversando, você tem a suspeita né, dependendo da conduta da pessoa e tudo, mas depois ela própria chega em você e fala “queria falar um negócio, ... mas eu queria que ficasse só entre nós”, “Pode falar, pode confiar, aqui é entre eu e você”. Então, eles vêm e se expõem, se abre. E quem sou eu para condenar alguém né, de jeito nenhum. Acho que as pessoas já nascem com uma situação e tem que viver nela o melhor possível (Entrevista 17).

Assim como a igualdade parece ser acionada para apagar a equidade e deslegitimar a necessidade da Política Pública, o segredo/vínculo deslegitimam o próprio reconhecimento. A população LGBT parece ser bem-vinda ao serviço de saúde desde que preencha os requisitos ocultos de um bom usuário como identificado nos fragmentos abaixo:

Existem muitos pacientes. Existem dois grupos: aqueles que as pessoas denominam como assumidos, eles chegam e exigem seu direito, até mesmo de uma forma brusca porque eles acham assim “eu vou chegar e já vou ser ríspido porque aí eles vão me receber bem”. Independente disso, a gente sempre atende o nosso usuário, o nosso

cliente com maior respeito, aqui na nossa unidade eu nunca vi um uma ofensa tão grave assim ao ser humano. E tem aqueles também que são mais quietinhos no canto deles. É outra personalidade, as vezes não tem nada a ver com a sexualidade, já são mais recolhidos e tudo, e eles vem e ficam mais no cantinho rezando para que ninguém fale os nomes deles alto, pra (sic) não ser visto né, então tem esses dois grupos (Entrevista 02).

A visibilidade da população LGBT parece ser atrelada ao que Ferreira (2016) nomeou como “babado, gritaria e confusão”. Ou seja, a reivindicação de cuidado deve ser acompanhada de estratégias que pressupõem a sua negativa. A violência no serviço de saúde parece integrar um dispositivo que mantém invisível e silenciada qualquer usuário que ouse escapar da heteronormatividade.

4.4 A igualdade que (desin)forma os serviços: entre as demandas imaginadas e negadas

A igualdade não apenas oblitera o princípio da equidade, ela também é acionada para questionar o impacto dos determinantes gênero e orientação sexual no processo saúde-adoecimento-cuidado e assim deslegitimar a PNSI_LGBT que se orienta pelo reconhecimento da homofobia como produtora de violência no serviço de saúde. No entanto, outro aspecto parece ser fundamental, os ACSs consideram que sabem cuidar da população LGBT ancorada na igualdade, não somente como princípio do SUS, mas igualdade como princípio da democracia.

Ao serem questionadas sobre a preparação delas para atender a população LGBT, são significativas as afirmativas, todas ancoradas na ausência de preconceito e na igualdade.

Senti! Senti, porque pra mim é igual todos os usuários, né, as mesmas necessidades, precisam de cuidados também, normal! (Entrevista 13).

Eu acho que sim, eu estava preparada porque eu sou livre de qualquer preconceito, livre de qualquer tabu. Como eu já te falei também, eu foco primeiro no ser humano. Eu acho que é uma razão que faz eu estar na unidade, é porque eu vejo o ser humano independente da casca dele. Eu estou sempre focada nesse sentido, sabe, respeitando mesmo a pessoa que ele é e o que escolheu ser (Entrevista 02).

Até mesmo aquelas que informam despreparo inicial, a formação em saúde ofertada pela gestão municipal parece ter produzido alguns efeitos, sendo um deles a produção da normalização da população LGBT.

Tem coisa que assusta a gente, que a gente não está preparada, mas a prefeitura deu um curso pra gente de capacitação nessa área e eu participei desse curso. Então, na prefeitura falou dessa abordagem, como seria, que tem que ser natural, não ter preconceito, normal... eu não tive problema (Entrevista 03).

Tem, tem... e são bem recebidos. Pelo menos assim, as minhas colegas que os atendem sem discriminação, mesmo porque, é... quer dizer... eu vou falar da minha opinião, né. A gente não tem que discriminar, e aí a prefeitura até ofereceu esse curso que é da sexualidade para gente ver a diferença (Entrevista 18).

Não é objetivo deste estudo analisar a recepção e os efeitos dos cursos ofertados sobre a saúde LGBT, no entanto, parece significativo identificar quais aspectos são rememorados pelos ACSs ao dizer deles.

Nós já tivemos algumas palestras, alguns cursos, né. Teve até um curso falando sobre as doenças transmissíveis, mas a gente tem muito que aprender. Assim, eu acho que é vivendo e aprendendo, eu lido com essa situação, mas se tivesse mais preparo talvez eu ficaria mais segura. Então, eu não me acho totalmente segura porque eu não vivo no meio deles e não sei nada deles. Então, eu sei assim, que é necessário respeitá-los, mas atendimento diferenciado não tem não (Entrevista 19).

Evocar os conteúdos relacionados às ISTs para se referir à formação sobre saúde LGBT é recuperar os aspectos já discutidos anteriormente sobre a centralidade dessa perspectiva na agenda da saúde. O respeito parece ser a garantia da igualdade do atendimento, assim como para a entrevistada abaixo, o respeito pressupõe o silenciamento da orientação sexual, até mesmo na forma como enuncia e a segurança se ancora na suposta neutralidade da informação em saúde, igual para todos:

Não. Assim, dificuldade em qual sentido? Porque o que a gente fala é muito natural, né. Não sei se é pelo tempo que eu estou, a gente fala sobre a questão da saúde. Eu não vou olhar ela com um companheiro que é ela também. Eu vou olhar ela como uma pessoa... e vou buscar aquelas questões que eu preciso verificar. De uma prevenção, se

as vacinas estão em dia... se tem o cuidado na relação para usar o preservativo. É esse o assunto que a gente aborda. Então, não tive dificuldade, ainda não. Não tive nenhuma questão que me trouxesse dificuldade (Entrevista 12, **grifos nossos**).

A ACS nega dificuldades no cuidado da usuária, no entanto, deixa antever como a heterossexualidade é convocada para dizer da conjugalidade, ao olhar o casal de mulheres lésbicas a partir *de um companheiro a orientação* sobre o uso de preservativos é acionada embora não ancorada em evidências científicas.

Se a igualdade marca a relação do serviço de saúde e a população LGBT conforme observado pelos ACSs, a ausência de oferta de cuidado específico na Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) parece ser um resultado nada surpreendente:

No município eu não vou saber te dizer. Agora na unidade a gente não tem nenhum trabalho específico direcionado só para eles não. A gente não faz um trabalho específico não (Entrevista 10).

Direcionada para eles?... Nossa, agora você me pegou. Bom, falando aqui do posto de saúde não tem diretamente para eles, tá aberto para todo mundo que quiser. Então, não tem essa separação, não tem (Entrevista 04).

Olha, vou te falar com toda sinceridade. Aqui na unidade, no posto que eu trabalhei, eu nunca vi uma ação direcionada a esse povo. Durante todo esse tempo eu nunca vi (Entrevista 07).

Eu vou responder como centro de saúde. O que nós oferecemos é portas abertas... eu tenho certeza que o que eles vieram procurar aqui não tem preconceito de nenhuma parte (Entrevista 09).

Aquelas que conseguem dizer de uma especificidade, recuperam as doenças infectocontagiosas como principal oferta de cuidado, resultado de suposta demanda da população LGBT.

Nossa.. eu sei que a gente tem um público, que demanda, por exemplo, que tem alguma doença, que já pegou, que pega algum material. Eu sei que tem um outro, no secundário, conosco aqui a gente deixa as camisinhas. Assim, antes eles pegavam na farmácia, aí tinham que apresentar a identidade, eles ficavam com receio, mas não, agora a gente coloca na entrada. Não sei se você viu, tem na entrada, lá e tem até uns

gelzinhos também. Quem quiser pegar, tem o acesso de pegar. Então assim, tem esses cuidados, agora se precisar chegar, falar com o médico que está precisando de algum exame, de outra coisa, o acesso também é bem tranquilo. Agora também estamos tendo o teste rápido para HIV e Sífilis. Mas ele não é muito procurado (...), agora em Belo Horizonte eu só sei desse lugar que tem esse acesso especial, se tiver uma doença, se precisar [Hospital Eduardo de Menezes] (Entrevista 03).

Chama a atenção o cuidado da entrevistada em ressaltar que a orientação não seria apenas para a realização de exames para diagnósticos relacionados às ISTs, no entanto, a descoberta é anunciada como o evento decorrente da realização dos exames. Esse movimento sugere que a AIDS permanece assombrando o imaginário sobre a saúde da população LGBT.

Oh... quando a gente descobre que existem pessoas assim, a gente orienta ir na Unidade marcar consulta e já passa para equipe. Que as vezes ele não vai ter o mesmo vínculo que tem com a gente, com o médico ou com enfermeiro. A gente orienta essa pessoa para vir na Unidade e pegar os exames adequados pra saber o controle aí a gente fala... não é só o exame de DST, é o exame geral, aí o médico já está sabendo, os enfermeiros prescrevem os exames. Aí descobre né... as vezes nessa porta aberta que a gente faz, as vezes a pessoa tem até mais coisas que vai falar só com o médico, aí o médico descobre através dos sintomas e faz o tratamento (Entrevista 12).

Em outra entrevista, a ACS reafirma que embora as ações não sejam direcionadas para a população LGBT, reconhece que entre os problemas e demandas que os mesmos possam apresentar, poderia incluir a necessidade de um atendimento por médico psiquiatra.

As nossas ações não são específicas para eles, as nossas ações são específicas pros problemas deles, né. O problema que eles têm de saúde, um psiquiatra, então assim, essas são nossas ações (Entrevista 07).

Nota-se que a patologização das experiências sexuais que não são heteronormativas se encontra presente nos discursos de alguns ACSs. De acordo com Fébole (2017), mesmo havendo um movimento mundial de despatologização das experiências sexuais, ainda existem discursos e práticas de profissionais que se pautam na patologização de todo tipo de sexualidade que fuja do modelo heterossexual.

É necessário mencionar que a resolução n. 001/99 do Conselho Federal de Psicologia,

redefiniu os modos de atuação da psicologia frente às questões relacionadas à diversidade sexual. Essa resolução veta qualquer tipo de patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, proibindo também que os profissionais participem de qualquer evento ou serviço que proponha a cura das homossexualidades (CFP, 1999). Entretanto, na prática psicológica ainda há profissionais que patologizam tais comportamentos.

Considerando que essa especialidade não integra a equipe, a entrevistada sugere que a população LGBT poderia ser cuidada em outro espaço. De acordo com as entrevistadas, na Atenção Básica do município de Belo Horizonte quase não tem ações específicas para esse público e nem seria pertinente.

[...] ainda não veio essa demanda muito grande dos LGBT, mas se vir essa demanda a gente vai trabalhar em cima dessa ação. Não teve essa demanda, quando vem é para um médico, para um psicólogo... não tem uma ação separada assim. Igual, por exemplo, o que já é crônico, uma diabete, uma hipertensão. É uma doença crônica, tem que ser tratada, fazer grupo separado, ou uma gestante que você tem que acompanhar de perto, mas eles não, eles podem vir demandar a consulta, tranquilo (Entrevista 03).

Ao negar a necessidade de especificidade de ações em saúde para população LGBT, a ACS elege os agravos de maior prevalência para dizer quem merece ser cuidado na UBS enquanto para a população LGBT, eles “podem demandar” consulta. Considerando que o discurso da igualdade anunciado fortemente por esse grupo garantiria o direito ao acesso e, conseqüentemente à demanda, ser acionado aqui funciona muito mais como um lembrete autorizativo que distingue a população LGBT de outras pessoas que poderiam realizar essa ação tranquilamente.

A deslegitimação da demanda por cuidado específico passa não somente pelo não reconhecimento da PNSI-LGBT mas também pelo silenciamento dos próprios integrantes do segmento LGBT que demandaram e colaboraram na elaboração da política.

Porque acho que geralmente eles não gostam dessa separação, eles são pessoas como todo mundo, é apenas uma opção, então eles querem ter todo o atendimento e não tem que ser necessariamente separado. Eu penso que seria assim (Entrevista 02).

A demanda imaginada pelos ACSs se organiza a partir dos exames que a população LGBT deve realizar para identificar as Infecções Sexuais Transmissíveis. Dessa forma, a sugestão de oferta de cuidado coerentemente a ela se articula.

Eu percebo que eles querem fazer exames. É mais exames. É mais exame de HIV, esses outros exames assim. Olha, eles vêm aqui na unidade mais realmente pra fazer esses exames... Exame de HIV, outros exames específicos a esse tipo de doença sexualmente transmissíveis (Entrevista 17).

Eu acho que grupo mais de aconselhamento, com respeito as doenças sexualmente transmissíveis, ao acesso aos preservativos, acesso para saber que tem exames para fazer, que eles também não querem ou ficam com medo de falar sobre esse assunto. Os usuários no caso (Entrevista 08).

Ainda que essa se constituísse como única demanda legítima por saúde da população LGBT, os ACSs percebem a limitação de sua oferta considerando que essas ações seriam muito pontuais. *“Continua sendo poucas ações... são muito pontuais, eu acho que elas poderiam ser mais, aproveitar mais os nossos espaços e estarem fazendo mais”* (Entrevista 04). As ações pontuais que os ACSs mencionaram, dizem respeito às atividades realizadas através de campanhas educativas que ocorrem próximo ao período da parada do orgulho LGBT da cidade. *“(...) a gente só vê alguma ação quando tem aqueles eventos... as paradas, porque aí aparece na tv, tem mais visibilidade”* (Entrevista 15).

Algumas falas dos ACSs indicam o reconhecimento da necessidade de ações específicas para a saúde da população LGBT destacando que o preconceito e a discriminação, experienciados por essa população no decorrer de suas vidas, contribuem para potencializar as vulnerabilidades que também se relacionam com as questões de saúde.

No momento tem poucas, praticamente nenhum... a gente não tem esse serviço, mas se tivesse seria bacana, legal. (...) Ter ações, ter uma dinâmica com eles. As vezes a gente pega um deles vestido toda de menina, mas com odor... não toma banho. Eu acho que

a gente tem que perguntar, conversar, saber o porquê. Eu acho que deveria ter mais ações referente a isso, porque vêm, tem demanda e eles vem espontâneos.

[Como seria essas ações?] Uma tarde de lazer mesmo como tem nas outras, como no diabético, hipertenso. Um tricô, uma coisa pra eles (Entrevista 05).

Diferentemente dos resultados identificados por Danilo Paulino (2016), os ACSs parecem desejar cuidar da população LGBT mesmo que não consigam compreender as especificidades desse cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do apresentado foi possível, através dos dizeres dos Agentes Comunitários de Saúde de Belo Horizonte MG, identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da Atenção Integral à saúde da população LGBT, analisando os sentidos e as possibilidades do cuidado em saúde e, refletir sobre os desafios e barreiras no que se refere ao acesso e a qualidade na atenção em saúde para essa população.

Inicialmente, percebemos uma categoria denominada “uma epidemia que demarca posições” que usuários LGBT, no jogo oferta/demanda, aparecem como sujeitos desacreditados para o HIV e demais ISTs. Isso produziria uma superposição no cuidado em saúde. Neste sentido, as diferentes possibilidades de demandas são silenciadas, pois a relação com o serviço de saúde é pela oferta/ realização do exame, baseado na certeza da existência de uma especificidade da população LGBT enquanto um grupo de risco.

Na categoria “igualdade que sufoca a equidade” aparece os discursos da “não diferença”. Ou seja, nas palavras dos Agentes Comunitárias de Saúde, o sujeito que faz parte da população LGBT é visto como “qualquer outro”, um sujeito que não se distingue das demais pessoas da sociedade, que não possui necessidades específicas em saúde. No entanto, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT demonstra que esses sujeitos precisam ser cuidados nas suas especificidades.

Foi possível também perceber os “desafios da (in)visibilidade”, demonstrado nos discursos dos Agentes quando há uma deslegitimação revestida de cuidado de vínculo. Assim, a fofoca opera como estratégia de deslegitimação, impedindo o reconhecimento da homossexualidade e dificultando a circulação dessa informação, por meio dos registros oficiais.

A categoria de análise “igualdade que (des)informa” nos mostrou que existe

demandas que são imaginadas pelos Agentes e outras que são negadas. Percebemos que as mesmas consideram cuidar da população LGBT ancorada na concepção de igualdade, em outras palavras, essas profissionais acreditam saber cuidar da população LGBT por supostamente não existir preconceito por parte delas em relação a esses sujeitos. E novamente, os Agentes reiteram que a principal demanda de cuidado à população LGBT está ligada à realização de exames para identificar as Infecções Sexualmente Transmissíveis, negando as demais demandas específicas. Com esse trabalho foi possível perceber que os Agentes Comunitárias de Saúde mesmo não sabendo sobre as especificidades da população, elas referem o desejo de cuidar dessa população, entretanto, é necessário que as mesmas recebam formação adequada, por parte dos agentes do Estado e reconheçam seus preconceitos.

A pesquisa demonstrou também que é de suma importância que haja mais intervenções nesse campo, maior debate e inserção dessas temáticas nos cursos de formação continuada e permanente dos Agentes Comunitários de Saúde. Os Estados e municípios precisam compreender a importância de oferecer uma educação permanente inserida na prática do trabalho que prepare o Agente Comunitário para atuação no cuidado integral à população LGBT, problematizando os aspectos históricos, políticos e sociais que consolidaram estigmas e preconceitos. Esperamos que a leitura desse material permita a ampliação de debates críticos e reflexivos sobre a temática.

6. REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A., Garcia, C. de L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T. de, & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516–524. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000300015>
- Alves, A. F., & Peres, R. S. (2015). Imaginário Coletivo de Agentes Comunitárias de Saúde Sobre Álcool e Outras Drogas. *Psicologia em estudo*, 20(2), 225–234. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i2.25051>
- Angonese, M., & Lago, M. C. de S. (2017). Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 256–270. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017157712>
- Araújo, L. F. de, Rocha, R. A. da, & Cruz, E. A. (2012). Estudo psicossocial da violência na velhice: o que pensam agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde? *Psicologia - Teoria e Prática*, 14(1), 26–39. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872012000100003&script=sci_abstract
- Angonese, M. (2016). *Um pai trans, uma mãe trans: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais*. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/168249>
- Brasil, Ministério da Saúde. (1997). *Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde*. Recuperado 25 de julho de 2017, de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (Série Pactos pela Saúde).
- Brasil; Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS - Série B. Textos Básicos de Saúde*, 2010.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* / Ministério da Saúde,

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil, Ministério da Saúde (2013). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília.

Brito, W. F. (2016). *Percepção de profissionais de saúde e membros da comunidade lgbt acerca do atendimento em saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge, Londres.

Brousselle, A (Org.). Avaliação: conceitos e métodos/ organizado por Astrid Brousselle... [et al.]; tradução de Michel Colin. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2011

Campos, A. P. & Romagnoli, R. C. (2007). Os encontros entre os agentes comunitários de saúde e as famílias dos portadores de transtorno mental. *Mental*, *V*(9), 79–99. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42000906>

Castanha, A. R., & Araújo, L. F. de. (2006). Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. *Psico-USF*, *11*(1), 85–94. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712006000100010>

Cardinali, D. C. (2017). A proibição de doação de sangue por homens homossexuais: uma análise sob as teorias do reconhecimento de Frases e Honneth. *Revista digital constituição e garantia de direitos*, *9*(2), 110–136. <https://doi.org/10.21680/1982-310x.2016v9n2id12256>

Cardoso, M. R., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia Ciência e Profissão*, *32*(3), 552–563. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932012000300003>

Cremonese, G. R., Motta, R. F., & Traesel, E. S. (2013). Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, *16*(2), 279–293. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172013000200010

Conselho Federal de Psicologia - CFP. (1999). *Resolução CFP 001/99, de 22 de março de 1999*. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da

Orientação Sexual.

- Costa, A. B. (2015). *Vulnerabilidade para o HIV em mulheres trans : o papel da psicologia e o acesso à saúde*. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/140827>
- Díaz, G. A. (2012). *Sexualidade(s): concepções de psicólogos/as de unidades básicas de saúde de Florianópolis*. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/100483>
- Ferreira, B. O. (2016). *“Babado, confusão e gritaria”: vivências e reflexões da população LGBT no SUS*. Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.
- Flick, U. (2005), “Triangulation in Qualitative Research”, em Flick, U., E. V. Kardorff, e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*, Sage, pp. 178-183.
- Fonseca, C. (2004). *Família, Fofoca e Honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. 2 ed.. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Fébole, D. S. (2017). *A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.
- Garcia, M. R. V. (2013). Diversidade sexual, situação de rua, vivências nômades e contextos de vulnerabilidade ao HIV/AIDS. *Temas em Psicologia*, 21(3), 1005-1019. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE17PT>
- Goffman, E. (1980). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Giovanella, L. & Mendonça, M. H. M. (2012). *Atenção Primária à Saúde*. Giovanella, L, Lobato, L. V. C., Noronha, J. C., & Carvalho, A. I. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Imbrizi, J. M., Aguiar, F. B. T. de, Fajardo, A., Hirata, J. H. B., Kawagoe, K., & Miyaura, ;. Aurélio Keiji. (2012). Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 15(1), 153–169. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172012000100011
- Íñiguez, L. (2001). El llenguatge en les ciències socials. In L. Íñiguez (Ed.), *El llenguatge en les ciències humanes i socials*. Barcelona, Espanha: Universitat Oberta de Catalunya.

- Koda, M. Y., Silva, D. V. da, Machado, M. A. dos S., & Naldos, S. M. da S. (2012). Grupo com agentes comunitárias: a construção de novas possibilidades do cuidar. *Psicologia Ciência e Profissão*, 32(2), 506–515. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932012000200017>
- Laurentino, A. C. N. (2015). *Políticas Públicas de Saúde para a População LGBT: da criação do SUS à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*. Dissertação de Mestrado. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz . Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 11–21. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902008000200003>
- Lourenço, L. M., Cruvinel, É., Almeida, A. A. de, & Gebara, C. F. de P. (2010). Estudo das crenças dos agentes de saúde a respeito da violência doméstica. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 1(1), 108-128. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2010v1n1p108>
- Mello, L., Perilo, M., Braz, C. A. de, & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, salud y sociedad: revista Latinoamericana*, 9, 7–28. <https://doi.org/10.1590/s1984-64872011000400002>
- Mello, L., Avelar, R. B. de, & Maroja, D. (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, 27(2), 289–312. <https://doi.org/10.1590/s0102-69922012000200005>
- Moscheta, M. S. (2011). *Responsividade como recurso relacional para a qualificação da assistência a saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Motta, J. I. J. (2016). Sexualidades e políticas públicas: uma abordagem queer para tempos de crise democrática. *Saúde em Debate*, 40(spe), 73–86. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s07>
- Moura, R. F. S. de, & Silva, C. R. de C. e. (2015). Saúde Mental na Atenção Básica: Sentidos Atribuídos pelos Agentes Comunitários de Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 35(1), 199–210. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001832013>
- Oliveira, I. V. P. B. (2017). *Agentes comunitários de saúde: o elo entre os estigmatizados e o acesso à saúde*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista “Julio

Mesquita”, Araraquara, São Paulo, Brasil.

Paulino, D. B. (2016). *Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

Pereira, E. O. (2015). *Acesso e qualidade da atenção à saúde para a população LGBT: a visão dos médicos de uma capital do nordeste brasileiro*. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Pinheiro, R. L., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. *Estudos de psicologia*, 19(1), 48–57. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2014000100007>

Prefeitura de Belo Horizonte. (2015). *Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - 2o quadrimestre de 2015*. [s.l: s.n.]. <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/...em-saude/relatorio-de-gestao>

Pupin, V. M., & Cardoso, C. L. (2008). Agentes Comunitários de Saúde e os sentidos de “ser agente”. *Estudos de psicologia*, 13(2), 157–163. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2008000200008>

Rasera, E. F. & Japur, M. (2007). *Grupo como construção social*. São Paulo: Vetor.

Sakata, K. N. (2009). *A inserção do agente comunitário de saúde na equipe de Saúde da Família*. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). doi:10.11606/D.22.2009.tde-08062009-114108

Santos, Í. E. R. dos, Vargas, M. M., & Reis, F. P. (2014). Estressores laborais em agentes comunitários de saúde. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(3), 324–335. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198466572014000300008&lng=pt&tlng=pt

Santos, A. R. T. (2015). *A Atenção Básica à Saúde no truque: o encontro das travestis e as agentes comunitárias de saúde no bairro Rio Branco em Belo Horizonte*. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Scaranto, C. A. A., Biazevic, M. G. H., & Michel-Crosato, E. (2007). Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 694–705. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932007000400010>

- Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia. (2015). *Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior - 2o quadrimestre de 2015*. [s.l: s.n.]. http://www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/18475.pdf
- Schmidt, M. L. S., & Neves, T. F. S. das. (2010). O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 13(2), 225–240. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172010000200006&lng=pt&tlng=pt
- Silva, A. L. R. da. (2017). *Atenção básica à saúde da população LGBT: uma análise bioética a partir das representações sociais de trabalhadores da saúde*. <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/183418>
- Silva, J. A.; Dalmaso, A. S. W. (2002). *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Silva, C. R. C. e., Mendes, R., Moraes, R. C. P. de, Anhas, D. de M., & Rosa, K. R. M. (2014). Participação social e a potência do agente comunitário de saúde. *Psicologia & sociedade*, 26(spe2), 113–123. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822014000600012>
- Silva, M. C. B. A. (2014). *Sentidos da Diversidade Sexual entre estudantes de Medicina*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.
- Silva, M. A. B. P. & Peres, R. S. (2016). O Imaginário Coletivo de Agentes Comunitários de Saúde em Relação a Usuários de Saúde Mental. *Revista do NESME*, v. 13, n. 2, p. 55-65. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902016000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, N. H. L. P. da, & Cardoso, C. L. (2008). Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 257–266. <https://doi.org/10.1590/s0102-71822008000200013>
- Silveira, P. S. da, Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia - Teoria e Prática*, 11(1), 62–75. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872009000100006
- Spink, M. J. P. & Spink, P. K. (2013). A psicologia social na atualidade. In: *História da psicologia: rumos e práticas*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nau.
- Sposito, Sandra E. Desafios para a manutenção da despatologização das homossexualidades na psicologia brasileira. Raserá, E; Pereira, M; Galindo, D. *Democracia Participativa*,

Estado e Laicidade: Psicologia Social e enfrentamentos em tempos de exceção. Porto Alegre: ABRAPSO, 2017, p. 227-242.

- Taborda, J. C., Guazzelli Bernardes, A., & Fernandes Marques, C. (2015). Agentes Comunitários de Saúde nas Tramas da Rede: Territórios e Heterotopias. *Revista Subjetividades*, 15(2), 302–309. <https://doi.org/10.5020/23590777.15.2.302-309>
- Viana, A. L. D., & Dal Poz, M. R. (1998). A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio de Janeiro, Brazil)*, 8(2), 11–48. <https://doi.org/10.1590/s0103-73311998000200002>
- Vieira, L. C. N., & Tittoni, J. (2015). Entre imagens e palavras: as Agentes Comunitárias de Saúde como artífices. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 10(1), 115–128. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S180989082015000100010&lng=pt&nrm=iso
- Vitiritti, B., Andrade, S. M. O., & Peres, J. E. C. (2016). Diversidade sexual e relações profissionais: concepções de médicos e enfermeiros. *Temas em Psicologia*, 24(4), 1389–1415. <https://doi.org/10.9788/tp2016.4-11>

ANEXO I***ENTREVISTAS INDIVIDUAIS SEMIESTRUTURADAS*****DADOS DO(A) ENTREVISTADO(A):**

Idade:

Função/Cargo:

Há quanto tempo exerce essa função na Unidade?

Já exerceu essa atividade em outra UBSF?

Em caso positivo, por quanto tempo?

Tempo de Formado:

Instituição de Formação (Graduação):

Possui Residência ou Especialização?

Em caso positivo, em que área?

Data:

Hora início:

Hora encerramento:

Nome do/a Entrevistador(a):

Inicialmente, o pesquisador deverá contar um pouco sobre a pesquisa e de seus objetivos. E deverá falar do processo de escolha desta unidade básica de saúde.

PERGUNTAS:**Bloco A: Papel da Unidade de Saúde da Família na rede de atenção à saúde no seu município**

1A. Em sua opinião, qual é o papel da USF na rede de atenção à saúde do seu município?

2A. A nossa pesquisa trabalha com dois conceitos: acesso e qualidade. Em sua opinião, o que seria o acesso? E a qualidade?

3A. Você acredita que existam grupos populacionais da área de abrangência da USF que você atua que tenham dificuldade para acesso a esse serviço de saúde?

3A.1. Se sim: Quais são esses grupos e quais dificuldades eles encontram?

3A.2. Se não: Por quê?

Bloco B: A Unidade de Saúde da Família e o atendimento à população LGBT (acesso)

1B. Existe na área de abrangência da USF em que você atua, algum(a) paciente da população LGBT?

2B. Como você soube que ele(a) era LGBT? [Interrogar sucintamente sobre histórias da(s) experiência(as) com outros profissionais (da equipe ou não)].

3B. Em algum momento de sua atuação nessa USF, você atendeu alguém da população LGBT?

Se sim:

3B.1. Conte-me como foram(o) esse(s) atendimento(s).

3B.2. Você sentiu que estava preparado(a) para esse atendimento?

3B.3. Quais foram as facilidades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.4. Quais foram as dificuldades encontradas por você ao conduzir esse atendimento?

3B.5. Após o atendimento, houve vinculação desse (a) paciente à USF? Se sim, como você percebeu que esse vínculo foi estabelecido?

3B.6 Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT em sua equipe?

Se não:

3B.7 Por que você acha que nenhum paciente da população LGBT procurou a USF?

3B.8 Você considera que esteja preparado para atender a pacientes dessa população? Por quê?

4B. Quais facilidades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

5B. Quais dificuldades você acredita que encontraria ao conduzir esse(s) atendimento(s)?

6B. Em sua opinião, quais as condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais atualmente?

7B. Em sua opinião, quais doenças e/ou agravos mais acometem essa população atualmente? Por quê?

8B. Como estão organizadas as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT na rede de atenção à saúde na sua cidade?

9B. Se o(a) entrevistado(a) considerar que não há as ações e serviços de saúde dirigidos à população LGBT, interrogar como ele(a) acredita que esses serviços de saúde devem ser dirigidos na USF e na rede de atenção à saúde do município.

10B. O que você acredita que deva ser de responsabilidade da USF no cuidado em saúde a essa população?

11B. Como você percebe a relação dos(as) ACS de sua equipe com a população LGBT?

12B. Os Agentes Comunitários de Saúde trazem para a Unidade Básica demandas vindas da população LGBT?

12B.1. Se sim, quais?

12B.2. Se não, por que você acredita que eles não trazem essas demandas?

13B. Em sua opinião, os(as) ACS estão preparados(as) para identificar/atender às demandas dessa população? Por quê?

14B. Em sua opinião, demais membros da equipe estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

Bloco C: A organização e qualidade da atenção à saúde da população LGBT

(qualidade) [Agora vamos avaliar a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelas equipes Saúde da Família.]

1C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

2C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

3C. Em sua opinião o que pode ser feito para melhorar a forma (organização) e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT na sua USF?

4C. Como você avalia a forma (organização) das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

5C. Como você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT pelo sistema municipal de saúde?

6C. Em sua opinião, o que pode ser feito para melhorar a forma (organização) e a qualidade das ações e serviços ofertados à população LGBT no sistema de saúde municipal de saúde?

7C. Você identifica, na rede de saúde de seu município, outros pontos de atenção à saúde da população LGBT?

7C.1. Se sim, quais?

7C.2 Como você observa que tem sido a relação entre as USF com os demais pontos da rede de atenção integral à saúde da população LGBT?

7C.3 Se não, quais pontos você acha que deveriam existir para prestar atenção em saúde a essa população?

8C. Em sua opinião, o cuidado em saúde integral a essa população deva ser prestado na USF ou em um ambulatório específico para atender às suas demandas? Por quê?

Bloco D: A política de saúde integral LGBT

1D. Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBT? [Caso não, pule para questão 6D].

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

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

4D. Como você avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em sua USF?

5D. Como avalia a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em seu município?

6D. Em sua opinião, deve existir uma política específica de saúde integral para a população LGBT?

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

7D. Se sim, conte-me sobre essa experiência.

8D. Você participou de alguma capacitação sobre saúde da população LGBT pela Secretaria Municipal de Saúde? Quando?

Bloco E: Outros

1E. Existe algo relacionado ao tema dessa pesquisa/entrevista que eu não tenha perguntado e que você gostaria de falar a respeito?

2E. Como foi para você, participar desta entrevista?

3E. Alguma sugestão para melhorar a entrevista?