

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DANILO BORGES PAULINO**

**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**

**UBERLÂNDIA**

**2016**



**DANILO BORGES PAULINO**

**DISCURSOS SOBRE O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT ENTRE MÉDICOS(AS)  
DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

**UBERLÂNDIA**

**2016**

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

---

P328d  
2016 Paulino, Danilo Borges, 1989-  
Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família / Danilo Borges Paulino. • 2016.  
142 f. : il.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.  
Dissertação (mestrado) • Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia.  
Inclui bibliografia.

1. Psicologia • Teses. 2. Minorias sexuais • Teses. 3. Minorias sexuais • Teses. 4. Saúde • Teses. I. Rasera, Emerson Fernando. II. Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

---

**DANILO BORGES PAULINO**

**DISCURSOS SOBRE O ACESSO E A QUALIDADE DA ATENÇÃO INTEGRAL À  
SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT ENTRE MÉDICOS(AS) DA ESTRATÉGIA SAÚDE  
DA FAMÍLIA**

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: Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera

**Banca Examinadora**

Uberlândia, 08 de Agosto de 2016

---

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera (Orientador)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dra. Flávia do Bonsucesso Teixeira (Examinadora)

Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

---

Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta (Examinador)

Universidade Estadual de Maringá – Maringá, PR

---

Prof. Dra. Laura Vilela e Souza (Examinador Suplente)

Universidade de São Paulo – São Paulo, SP

**UBERLÂNDIA**

**2016**

Ao meu amor, que me inspira, me acolhe e me faz acreditar.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade da vida plena, pela família, amigos e profissão que tenho. Obrigado Senhor, pela vida repleta de oportunidades de crescimento e aprendizado que tens me proporcionado. Obrigado por confiar e acreditar em mim e seguir me amparando, mesmo nos momentos de incertezas e inseguranças. Sem isso, jamais teria os meios para alcançar um enriquecimento e desenvolvimento pessoal e espiritual plenos.

Aos amigos da Espiritualidade, obrigado por me acompanharem em cada passo da jornada terrena, guiando meus passos neste mundo de provas e expiações rumo à concretização dos compromissos assumidos.

Aos meus pais, Nisia e Gaspar, agradeço pelos ensinamentos através dos exemplos de ética, moral, respeito, compromisso, trabalho, honestidade e amor ao próximo. Agradeço pela imensa torcida e fé em mim depositada desde o início desta bela jornada chamada vida. Sem eles e a luta diária por fazer do mundo um lugar melhor, dificilmente eu teria chegado onde estou hoje, repleto de energias para buscar sempre crescer e amadurecer.

Ao Gustavo, o melhor amigo, o companheiro, o cúmplice, o apoio nas horas desafiadoras. Faltam palavras para agradecer da forma que ele merece por todo o bem que me tem feito já há quase 10 anos. Meu principal incentivador, que através do exemplo da humildade e amor à vida e ao próximo, tem me ensinado verdadeiras lições e transformado meu jeito de ser com o mundo e com as pessoas.

Às minhas irmãs, Ana Flávia e Heloisa, agradeço por serem minhas irmãs nessa vida e por terem me ensinado a importância da partilha, da convivência fraternal, da paciência e do amor com respeito às diferenças.

Aos meus sobrinhos Pedro Augusto e Camila, que partilham comigo a data do aniversário, agradeço pela presença amiga e alegre nos momentos em que tudo parecia desmoronar. Obrigado por permitirem que eu recarregasse minhas energias e reestabelecesse minha fé no futuro a cada sorriso feliz e olhar esperançoso que a mim dedicaram.

Aos colegas de trabalho, verdadeiros(as) amigos(as), mães, pais, irmãos e irmãs do Departamento de Saúde Coletiva do Curso de Medicina da UFU, companheiros(as) de lutas por vezes tão árduas, mas que me inspiram na luta por uma sociedade mais justa e um mundo melhor para se viver.

Aos amigos do Centro Espírita Alfredo Júlio Fernandes (CEAJF), por dividirem comigo os anseios, estudos e práticas do espiritismo, permitindo-me aperfeiçoar de forma muito positiva minha alma à luz da Doutrina Espírita.

À adorada amiga Cris, por todo o carinho a mim dedicado. Agradeço em especial pela companhia em Belo Horizonte, na organização e no apoio durante a realização das entrevistas.

À Profª. Flávia, coordenadora da pesquisa na região de Minas Gerais e amiga desde os tempos da graduação, no pensar e trabalhar juntos as questões de gênero e sexualidade. Meu exemplo de pesquisadora, sem o qual dificilmente eu teria o incentivo para lutar pelo Mestrado e estar aqui hoje.

Ao Emerson, professor, orientador e amigo, pela paciência e sabedoria ao me guiar em meio a tantos conhecimentos em uma ciência até então pouco conhecida para mim, a Psicologia. Com certeza, um exemplo de profissional que pretendo seguir ao longo de minha carreira docente.

Ao Yahn e ao Wilson, acadêmicos de luta, amigos de tantas jornadas, agradeço pela amizade e inspiração que vocês me causam. Agradeço em especial pelo empenho na transcrição das entrevistas. Mesmo passando por tantos desafios, vocês desempenharam um papel ímpar e cumpriram com o compromisso assumido com maestria.

A todos(as) os(as) meus/minhas amigos(as) que me deram forças para acreditar em meus sonhos e superar desafios.

Aos colegas e professores do Mestrado, agradeço pelo acolhimento, pela parceria e pela troca de saberes que foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos estudantes dos cursos de graduação em Medicina e Gestão em Saúde Ambiental da UFU, agradeço pela oportunidade de poder ser professor de vocês e, assim, aprender sempre. Vocês me inspiram a querer ser sempre melhor.

Às pessoas da Pesquisa “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”, coordenada pelo Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília, pela idealização da pesquisa em âmbito nacional, bem como pela contribuição para que tudo pudesse ocorrer em Uberlândia e Belo Horizonte.

Ao Ministério da Saúde, pelo financiamento da pesquisa.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Uberlândia e Belo Horizonte, por aceitarem a realização da pesquisa e facilitarem a realização de todo o processo de coleta de dados.

Às equipes de Saúde da Família, que se organizaram em seus dinâmicos processos de trabalho para, em meio ao cotidiano de suas práticas, nos receber com muita disposição para participar da pesquisa.

Aos(às) médicos(as) que aceitaram participar da pesquisa e, assim, dedicar parte de seu precioso tempo no cuidado com as pessoas para refletir e discutir sobre o cuidado prestado à população LGBT na Estratégia Saúde da Família no SUS.

Às pessoas da população LGBT, razão primordial deste estudo, meu eterno agradecimento e sincero respeito por todas as lutas e conquistas até então alcançadas. Ainda veremos, um dia, um mundo melhor, transformado, onde o respeito às diferenças seja pleno e a convivência entre as pessoas seja harmoniosa e construtiva.

## RESUMO

O objetivo desta pesquisa é identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da Estratégia Saúde da Família de Uberlândia-MG e Belo Horizonte-MG. Em Uberlândia, foram entrevistados(as) 5 (cinco) médicos(as) e, em Belo Horizonte, foram entrevistados(as) 10 (dez) médicos(as). Todos(as) foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio (um para cada cidade) que abrangeu todas as Unidades de Saúde de cada cidade. Todos(as) os(as) médicos(as) selecionados(as) foram convidados(as) a participar livremente da pesquisa e, após o aceite, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Após as transcrições, cada entrevista foi lida com muita atenção e por mais de uma vez. A partir dessas leituras foi possível construir as categorias de análise sob a ótica do Construcionismo Social. Foram construídas três categorias de análise, unidas por um mesmo eixo, o qual foi denominado de “Discursos do Não”. As três categorias criadas foram intituladas “Discurso da não-diferença”, “Discurso do não-saber” e “Discurso do não-querer”. Apresentaremos a desconstrução dos discursos que permitiu essa análise e que cada uma dessas categorias nos permite fazer. Com os resultados pudemos concluir que a não-integralidade e a não-equidade só poderão ser escutadas ou apreendidas como também enfrentadas, superadas ou reduzidas, se conseguirmos captá-las a partir da noção geral de determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado em suas dimensões individual, subjetiva, singular, ali no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais e/ou a equipe de saúde. Esperamos que a leitura desse material permita o debate crítico e reflexivo e que ele tenha o potencial de desencadear as mudanças necessárias em prol do SUS que defendemos e queremos, também para a população LGBT.

**Palavras-Chave:** Saúde ; LGBT ; Acesso ; Qualidade

## **ABSTRACT**

This research aims to identify the discourses about the access and the quality of health care for LGBT population among physicians working at the Family Health Strategy in Belo Horizonte-MG and Uberlândia-MG. In Uberlândia 5 (five) physicians were interviewed and, in Belo Horizonte, 10 physicians. All of them were randomly selected by raffle (one for each city) covering all health units in each city. All physicians selected were invited to freely participate in the research and, after acceptance, to sign an informed consent form. After transcription, each interview was read carefully and more than once. From these readings, it was possible to construct the categories of analysis from the perspective of social constructionism. Three categories of analysis were built, united by the same axis, which was called "The No Speeches". The three categories created were named as "Non-difference Speech", "Unknowing Speech" and "Not Wanting Speech". The deconstruction of these categories, which made this analysis possible, and what each of them allows us to do will be presented. With the results, we concluded that the non-integrality and non-equity can only be heard or perceived as well as faced, overcome or reduced, if we understand them in the general notion of social determination of the health-illness-care process in its individual, subjective and singular dimensions, within each service, in the meeting of each user with their unique health needs and the professional and/or healthcare team. We hope that the reading of this material allows the critical and reflective debate and that it has the potential to trigger the necessary changes for the benefit of the Public Health System we want and defend, likewise for the LGBT population.

**Key Words:** Health ; LGBT ; Access ; Quality

## SUMÁRIO

|       |                                                                                                                       |    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1     | NOTA PRELIMINAR.....                                                                                                  | 12 |
| 2     | INTRODUÇÃO .....                                                                                                      | 13 |
| 2.1   | Dialogando com os aspectos teóricos: delimitando a pesquisa e seu espaço. ....                                        | 13 |
| 2.1.1 | Histórico da Política de Saúde LGBT .....                                                                             | 15 |
| 2.1.2 | O Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família.....                               | 22 |
| 2.1.3 | Aproximações sobre a atenção em saúde da população LGBT .....                                                         | 26 |
| 3     | OBJETIVOS .....                                                                                                       | 30 |
| 3.1   | OBJETIVO GERAL.....                                                                                                   | 30 |
| 3.2   | OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....                                                                                           | 30 |
| 4     | MÉTODO .....                                                                                                          | 31 |
| 4.1   | Apresentação dos passos das atividades de campo .....                                                                 | 31 |
| 4.2   | O acesso da pesquisa sobre saúde LGBT aos serviços.....                                                               | 34 |
| 4.3   | Fundamentação teórica e apresentação dos procedimentos para a análise de discurso.....                                | 36 |
| 5     | OS “DISCURSOS DO NÃO” E O ACESSO E A QUALIDADE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS ..... | 39 |
| 5.1   | O “Discurso da não-diferença” .....                                                                                   | 40 |
| 5.1.1 | O “Discurso da não-diferença”: organização do serviço e necessidades em saúde.....                                    | 41 |
| 5.1.2 | O “Discurso da Não-Diferença” e a Equidade .....                                                                      | 57 |
| 5.1.3 | Qual “(não)-diferença”? .....                                                                                         | 62 |
| 5.2   | O “Discurso do não-saber” .....                                                                                       | 66 |
| 5.2.1 | O “Discurso do não-saber” e a formação médica. ....                                                                   | 67 |

|       |                                                                                     |     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.2.2 | O “Discurso do não-saber”: responsabilidade de quem? .....                          | 75  |
| 5.2.3 | O “Discurso do não-saber”: o desafio da atenção integral às pessoas LGBT....        | 85  |
| 5.3   | O “Discurso do Não-Querer” .....                                                    | 92  |
| 5.3.1 | O “Discurso do não-querer” e a caracterização da população LGBT .....               | 93  |
| 5.3.2 | O “Discurso do não-querer”, o SUS e a Estratégia Saúde da Família .....             | 103 |
| 5.3.3 | O “Discurso do não-querer” e a autonomia dos sujeitos: um respeito que faz mal..... | 109 |
| 6     | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....                                                          | 122 |
| 6.1   | Reflexões sobre os resultados da pesquisa. ....                                     | 122 |
| 6.2   | Reflexões acerca das limitações do presente estudo e possibilidades futuras. ....   | 127 |
| 6.3   | Breves reflexões do pesquisador acerca do trajeto da pesquisa. ....                 | 128 |
| 7     | REFERÊNCIAS.....                                                                    | 132 |
|       | ANEXO I .....                                                                       | 140 |

## **1 NOTA PRELIMINAR**

Esta dissertação deriva da pesquisa “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde” coordenada pelo Núcleo de Saúde Pública da Universidade de Brasília e financiada pelo Ministério da Saúde. Possui como objetivo analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS. O estudo é de abrangência nacional e contempla as cinco regiões: no Norte, Pará: Belém, Santarém; Amapá: Macapá; Acre: Rio Branco. No Nordeste, Bahia: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista; Pernambuco: Recife; Paraíba: João Pessoa; Ceará: Fortaleza e Juazeiro do Norte; Piauí: Teresina, Picos. No Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul: Campo Grande. Distrito Federal: BSB; Ceilândia; Taguatinga; Sobradinho. Goiás: Goiânia. No Sudeste, Rio de Janeiro: Rio de Janeiro; São Paulo: São Paulo, e São José do Rio Preto; Minas Gerais: Belo Horizonte, Uberlândia; Espírito Santo: Vitória. No Sul, Paraná: Curitiba, Maringá; Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

## **2 INTRODUÇÃO**

### **2.1 Dialogando com os aspectos teóricos: delimitando a pesquisa e seu espaço**

Ela resolvera procurar um ginecologista, pois estava sentindo-se incomodada com uma coceira e vermelhidão que há alguns dias começara a sentir em sua região genital. Passou por um exame físico onde foram observados os sintomas e, durante a consulta, quando perguntada pelo histórico de suas parcerias sexuais anteriores, Inês informou que nunca havia tido relações com homens e, pela primeira vez numa consulta médica, criou coragem para informar que namorava e mantinha relações sexuais com mulheres. Ela foi medicada e encaminhada para realizar exames complementares, entre eles, uma ultrassonografia endovaginal. Ao ser atendida no centro diagnóstico, foi solicitado que tirasse toda a roupa, vestisse uma bata de uso comum em hospitais e clínicas e deitasse em posição ginecológica numa maca. O exame - que até então imaginava tratar-se de uma ultrassonografia semelhante a outras que já havia realizado na região abdominal – seria uma nova experiência para a qual ela não tinha sido preparada. A tentativa de introdução do equipamento no canal vaginal causou dor e esta sensação foi informada à profissional que realizava o procedimento. Esta, por sua vez, lhe deu como resposta a explicação de que o desconforto era resultado da sua tensão corporal e continuou a forçar a introdução do aparelho. Novamente a dor foi informada, novamente a enfermeira respondeu que a dor ocorria porque ela não estava devidamente relaxada para o exame. Não suportando a situação,

Inês disse que era “virgem” e expressões faciais de susto e descrédito tentaram ser inibidas (ou reforçadas!) com perguntas do tipo: “Como assim? Você nunca teve penetração? Qual a sua idade?”, ao que seguiu uma resposta constrangida: “Nunca tive relações com homens”. A profissional saiu para informar ao médico a situação. Ele, junto com mais três pessoas, dirigiu-se à paciente e perguntou novamente se ela nunca havia tido relações sexuais, ao que ela respondeu: “Com homens, não”. Enquanto Inês permanecia na maca, ainda em posição ginecológica e à espera de uma “solução para o seu caso”, o médico entrou em contato com a colega de profissão que havia solicitado o exame. Decidiram trocar o procedimento por uma ultrassonografia pélvica. Inês, informada da modificação, foi solicitada a vestir a roupa e aguardar na recepção até que fosse chamada para a realização do novo procedimento. De volta à sala de espera, Inês sentiu-se como se todos os outros profissionais da clínica tivessem conhecimento do fato que acabara de acontecer na sala ao lado. Exame realizado e desculpas verbalizadas, Inês retornou ao consultório de Ginecologia para entrega dos exames, afinal necessitava de um diagnóstico conclusivo sobre seus sintomas. Chegou a falar sobre a situação constrangedora a que tinha sido submetida, porém seguiu-se a consulta sem comentários mais detalhados sobre a situação. Inês não retornou mais àquela profissional e quiçá tenha retornado a outro ginecologista ou profissional de saúde. (Melo, 2010).

O relato apresentado é verídico, vivenciado por uma jovem mulher lésbica, usuária de serviços de saúde. Essa situação evidencia aspectos importantes da relação estabelecida entre profissionais de saúde e pessoas da população LGBT. Relação essa que, em muitos casos, acaba sendo atravessada por situações de desconfiança, ocultamento e violência. Durante vários anos, situações como essa estiveram à margem das produções acadêmicas, das formulações teóricas e de políticas públicas no campo da saúde (Melo, 2010). O relato de Inês, infelizmente, não é único; e foi de relatos e situações assim que surgiu essa pesquisa. Qual tem sido o cuidado em saúde ofertado a essa população no Sistema Único de Saúde (SUS) de nosso país? Como tem sido o acolhimento e o atendimento da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT<sup>1</sup>) com os(as) médicos(as) de família e comunidade? Afinal, o relato de Inês é uma situação isolada, de extrema má sorte da pessoa ou de fato o cuidado em saúde ofertado à população LGBT está distante de compreender, aceitar e acolher essa população em suas demandas e necessidades em saúde?

### **2.1.1 Histórico da Política de Saúde LGBT**

Iniciaremos essa discussão apresentando os principais marcos históricos que culminaram na criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. O intuito desse texto é fornecer os elementos teóricos e históricos dessa construção. Ou seja, aqui a Política será apresentada para que, na análise e considerações finais do trabalho se possa refletir sobre esse texto institucional e quais são seus potenciais e limitações na promoção de um cuidado integral

---

<sup>1</sup> Ressalto aqui que a sigla LGBT se refere, com apenas quatro letras, a um grupo populacional composto pelas mais diversas individualidades e características. Não é intenção desta pesquisa reduzir toda a diversidade de características dessa população a uma sigla, pelo contrário. Neste espaço de debate e reflexão essas diversidades são sim, reconhecidas e respeitadas. Ao abordar a população LGBT de uma forma, a princípio geral, pretende-se identificar as questões em comum pertencentes a todas as individualidades desse grupo no que diz respeito ao acesso e utilização da Estratégia Saúde da Família no SUS para que, posteriormente, em outros trabalhos, se possa dar espaço e abertura para as manifestações das mais diversas questões que atravessam as personalidades que compõem esse grupo populacional.

de saúde para a população LGBT. A principal referência para a elaboração desta parte do texto é a própria Política, bem como o Projeto de Pesquisa “Análise do Acesso e da Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT no Sistema Único de Saúde”.

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2012)<sup>2</sup> representa os esforços das três esferas de governo e da sociedade civil organizada na promoção, atenção e no cuidado em saúde, priorizando a redução das desigualdades por orientação sexual e identidade de gênero, assim como o combate à discriminação nas instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). É constituída por um conjunto de princípios éticos, políticos e organizativos expressos em uma marca que reconhece os efeitos perversos dos processos de discriminação e de exclusão sobre a saúde. Suas diretrizes e objetivos estão, portanto, voltados para a promoção da equidade em saúde e garantia de um SUS universal. Além disso, é uma política transversal, com gestão e execução compartilhadas entre as três esferas de governo, que deverá atuar articulada às demais políticas do Ministério da Saúde (Brasil, 2012).

Essa Política Pública está voltada, ainda, para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. A Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade e, por isso, contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (Brasil, 2012).

---

<sup>2</sup> Em 2008, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República realizou a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais promovendo intensa mobilização do governo e da sociedade civil, tanto nas 27 conferências estaduais, como na etapa nacional que reuniu mais de 600 delegados. Nessa conferência, o Ministério da Saúde submeteu ao debate os princípios da Política LGBT, na intenção de legitimá-los como expressão das necessidades dos grupos LGBT em relação à saúde. A consulta pública, à qual essa Política foi submetida posteriormente, permitiu ampliar a legitimidade da participação social na sua formulação. Finalmente, ao ser aprovada pelo CNS, em novembro de 2009, a Política LGBT legitima-se como fruto de um amplo processo democrático e participativo. A Política que será sempre citada nesta dissertação vem da publicação que a contém, feita no ano de 2012, porém é de reconhecimento desse autor, conforme expresso acima, que seu debate e criação antecedem essa data.

Um dos cenários fundamentais para as ações da Política é a rede de serviços do SUS, organizada no sentido de materializar o disposto nos princípios do Sistema, no geral, e no particular, da Estratégia Saúde da Família/Atenção Básica. Entretanto, os desafios na reestruturação de serviços, rotinas e procedimentos na rede do SUS sob a perspectiva de superação do preconceito e da discriminação requer, de cada sujeito, dos coletivos sociais e das instituições, mudanças de valores baseadas no reconhecimento e no respeito às diferenças, o que ainda se constitui uma lacuna (Brasil, 2012).

Nesse sentido, esta pesquisa caracteriza-se como dispositivo com capacidade para analisar as estratégias utilizadas na reprodução destes determinantes (preconceito e discriminação) nos discursos, do ponto de vista dos sujeitos envolvidos, no caso, os(as) médicos(as) de família entrevistados(as).

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 define que:

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

No Brasil, com o amadurecimento da democracia, vem se constituindo canais de interlocução entre governo e os movimentos da sociedade civil, nos quais se incluem os grupos social e historicamente excluídos como a população negra, do campo e da floresta e grupos que emergem no processo de significação da cidadania, como o grupo LGBT, ciganos e outros. Com isso, tem-se a instituição de órgãos como a Secretaria de Igualdade Racial, de Políticas para Mulheres, de Direitos Humanos, como resposta institucional à plataforma levantada no novo governo. No SUS, a Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa (SGEP) tem como

responsabilidade a promoção da equidade em saúde de populações socialmente vulneráveis (Brasil, 2013).

Em 2003, houve a inclusão de questões de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na área técnica de Saúde da Mulher, com o objetivo de enfrentar as vulnerabilidades desses segmentos, marcados pela invisibilidade no que se refere aos serviços e práticas de promoção e atenção à saúde.

Em 2004, é instituído o Comitê Técnico de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (LGTB), coordenado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da SGEP, composto por representantes dos coletivos LGBT e áreas técnicas do Ministério da Saúde, com a finalidade de promover a equidade em saúde para LGBT, enfrentando as iniquidades em relação à universalidade do acesso na oferta de ações e serviços de saúde no SUS e a integralidade da atenção.

A instituição do *“Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGTB e de Promoção da Cidadania Homossexual”*, pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, em 2004, com o objetivo de combater todas as formas de preconceito e discriminação, por meio da consolidação de políticas públicas para a promoção da cidadania da população LGBT, foi considerado avanço ímpar na história dos direitos dos cidadãos e cidadãs brasileiros(as).

Em março de 2006, o Presidente da República criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), seguindo recomendação da OMS, que estabeleceu uma Comissão Global, um ano antes, em março de 2005.

A CNDSS, fortemente inspirada pelo Art. 196 da Constituição Federal, visa mobilizar a sociedade brasileira e o próprio Governo para entender e enfrentar de forma mais efetiva as causas sociais das doenças e mortes que acometem a população e reforçar o que é socialmente benéfico para a saúde individual e coletiva.

No plano institucional, a publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Brasil, 2006) reitera o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero. Essa Carta é considerada importante instrumento legal na luta pela efetivação do direito à saúde LGBT.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007, deliberou a inclusão das necessidades e especificidades decorrentes da orientação sexual e identidade de gênero, por meio da implementação de uma política nacional de saúde integral voltada para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, que contemple: a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos; o respeito ao direito à intimidade e à individualidade; práticas de educação permanente em saúde e revisão dos currículos escolares; incentivo à produção de pesquisas científicas, inovações tecnológicas e compartilhamento dos avanços terapêuticos; protocolo de atenção contra a violência; regulação não discriminatória da doação de sangue; e modificação nos formulários, prontuários e sistemas de informação em saúde.

A partir destes marcos, novos processos políticos e arranjos organizacionais foram sendo introduzidos no SUS, como a implementação: do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST, contemplando ações voltadas para as lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais; do Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e das DST entre gays, outros Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e Travestis; e promoção da atenção à saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais como ação integrante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Em 2008, o Ministério da Saúde lançou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, considerado o PAC da Saúde, que define diretrizes estratégicas que norteiam os eixos de Intervenção, as medidas adotadas, as metas-síntese e os investimentos. O Eixo I – Promoção da Saúde, apresenta a medida “1.11. Promover ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde (para grupos populacionais de negros, quilombolas, GLBTT, ciganos,

prostitutas, população em situação de rua, entre outros)”, tendo como meta “formar 5.000 lideranças de movimentos sociais sobre os determinantes e o direito à saúde e implantar e apoiar 27 equipes estaduais em todos municípios acima de 100 mil habitantes para o planejamento e a execução de ações de enfrentamento de iniquidades” (Brasil, 2008, p.13).

No processo preparatório para a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais “Direitos Humanos e Políticas Públicas: O Caminho para Garantir a Cidadania de GLBT<sup>3</sup>”, realizada em junho de 2008, o Ministério da Saúde apresentou um texto básico que esboçava os princípios da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT. Em seguida, ocorre a publicação das Portarias GM nº 1707, de 18 de agosto de 2008, que institui o Processo Transexualizador no âmbito do SUS e da Portaria SAS nº 457, de 19 de agosto de 2008, que aprova a regulamentação desse processo no âmbito do SUS.

Construído de forma compartilhada entre Ministério da Saúde e coletivos LGBT, o documento da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT foi finalizado e encaminhado para consulta pública, no período de 26 de junho a 30 de julho de 2008, hospedado na ferramenta de consulta do DATASUS, e publicado no DOU por meio da Portaria nº GM 1279, de 25 de junho de 2008.

Em 2009, ocorre o I Seminário Nacional “Diversidade de Sujeitos e Igualdade de Direitos no SUS” realizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, com a participação de gestores e trabalhadores da saúde e movimentos sociais (Negros, Ciganos, População em Situação de Rua, População do Campo e da Floresta, População de Religiões de Matriz Africana e LGBT). O objetivo deste seminário foi promover

---

<sup>3</sup> Cabe aqui ressaltar que, durante a 1ª Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, decidiu-se padronizar a nomenclatura usada pelos movimentos sociais e pelo governo junto com o padrão usado no resto do mundo. Em lugar de GLBT, a sigla passou a ser LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Para o grupo, a mudança significa dar mais destaque para as reivindicações das mulheres lésbicas.

redes de diálogos entre os movimentos, gestores da saúde, dos direitos humanos e de promoção de igualdade racial e representantes de governos federal, estaduais e municipais, para o fortalecimento da ética da solidariedade entre os setores e atores sociais presentes com o fim de construir uma ação política estratégica que reconheça a diversidade dos sujeitos, suas necessidades em saúde e a responsabilização compartilhada entre governo e sociedade por ações de promoção da equidade.

Validada pelas bases sociais, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009 e publicada por meio da Portaria nº 2.836, de 01 de dezembro de 2011, foi assinada durante a 14ª Conferência Nacional de Saúde. Nesse mesmo dia, também foi assinada a Resolução CIT nº 02, de 06 de dezembro de 2011, que aprova seu Plano Operativo junto à Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Este Plano, pactuado na CIT em novembro de 2011, apresenta estratégias para as gestões federal, estadual e municipal, no processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde desta população. Sua operacionalização se norteia pela articulação intra e intersetorial e uma das ações previstas no Plano Operativo, no Eixo 3 – Educação permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT é o fomento ao desenvolvimento de pesquisas com foco nas prioridades em saúde da população LGBT.

Diante deste contexto, nos dias 17 e 18 de setembro de 2012, o Departamento de Apoio à Gestão Participativa/SGEP/MS, em parceria com o Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS, realizou a Oficina de Pesquisas em Saúde da população LGBT e das populações do Campo e da Floresta. Esta Oficina teve como objetivo a elaboração de linhas de pesquisa para projetos de pesquisa referentes ao tema da saúde da população LGBT e das populações do campo e da floresta. Contou com a participação de pesquisadores/as, gestores/as, lideranças dos movimentos sociais e representantes do Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT e Grupo da Terra.

Ao final da Oficina, foi definida a seguinte linha de pesquisa, no que se refere à população LGBT: **análise do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS.**

À linha de pesquisa, foram incorporadas as seguintes recomendações: realizar estudo multicêntrico de abrangência nacional que contemple as cinco regiões (PA, AP, BA, PE, PB, CE, MS, DF, GO, PR, RS, RJ, SP E MG); a pesquisa deve englobar unidades básicas de saúde, ambulatórios e serviços habilitados e serviços de urgência e emergência; perfil que contemple informações de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, raça/cor, geração, classe, religião, deficiência e origem; a pesquisa deve abranger profissionais de saúde, usuários e usuárias do SUS; acompanhamento da pesquisa e realização de seminário final para a devolutiva dos resultados com participação de gestores (as), representantes de movimento social, representantes de comitês nacional e estaduais da política LGBT e Conselhos de Saúde; publicação (cartilha, relatório, etc.) para divulgação dos resultados da pesquisa.

### **2.1.2 O Sistema Único de Saúde, a Atenção Básica à Saúde e a Estratégia Saúde da Família**

Entendido o contexto de surgimento dessa pesquisa, faz-se necessário compreender a escolha e o cenário em que ela se desdobra: a atenção básica, feita no Brasil a partir dos pressupostos da Estratégia Saúde da Família. Para distinguir a concepção seletiva da Atenção Primária à Saúde, o Brasil passou a utilizar o termo “Atenção Básica de Saúde”, definida como ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade (Brasil, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) surge como uma potencial estratégia para mudanças do Modelo de Atenção à Saúde, contribuindo nos processos de reestruturação e reorganização das ações e serviços de saúde, no âmbito do SUS, ampliando as possibilidades dos sujeitos serem mais participativos e autônomos. Com isso, almeja fortalecer os papéis e as práticas dos gestores, trabalhadores e usuários no cotidiano dos seus processos de trabalho, instituindo vínculos entre os profissionais/equipes e os indivíduos, família e comunidade.

A respectiva dinâmica constrói-se a partir de problemas identificados na população mais vulnerável ao risco de adoecer e morrer, e, sobretudo, em um determinado espaço político e geográfico, onde as relações cotidianas entre os atores sociais estabelecem verdadeiros pactos para intervir na realidade e desenvolver projetos e ações estratégicas e integradas à promoção do acesso à saúde, no seu sentido mais amplo. O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde está inter-relacionado às discussões e à assimilação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde pública.

A Estratégia Saúde da Família alia os princípios do SUS aos pressupostos da Atenção Primária à Saúde, definidos por Starfield (2002) como o primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e comunidade. Consideradas as necessidades e complexidades desses sujeitos, a Estratégia enfatiza a promoção de atenção à saúde que busca romper a ideia de uma atenção simplificada e de baixo custo.

Além disso, Sousa (2007), com relação às diretrizes organizativas da Estratégia Saúde da Família (ESF), identifica que estas têm potencialidade de promoção da equidade, da justiça social e diminuição das iniquidades e, por isso, atuam como um dos princípios do SUS.

Para Starfield (2002) há diferenças entre o acesso e a acessibilidade. Acessibilidade, segundo a autora, refere-se a características da oferta e, o acesso, é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Complementando essa ideia, Donabedian (2003) acrescenta ao conceito de acesso a ideia de não o restringir à entrada nos serviços de saúde, trabalhando assim

com acessibilidade na dimensão da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população.

Starfield (2002) recupera de Donabedian (2003) os diferentes obstáculos possíveis e ele expressa principalmente dois: um que chama sócio-organizativo e outro de acesso geográfico. Como obstáculo sócio-organizativo, refere-se aos aspectos e características dos recursos dos centros assistenciais que obstaculizam ou facilitam o acesso à atenção. O acesso geográfico refere-se ao tempo para chegar aos serviços e a distância requerida (Donabedian, 1973).

A despeito de o acesso ser um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores. Fatores individuais predisponentes, fatores contextuais e relativos à qualidade do cuidado influenciam o uso e a efetividade do cuidado. Com isso, reconstrói-se o conceito de acesso como a inter-relação estabelecida entre os indivíduos, famílias e comunidades, gestores e equipes da ESF permeada pelo vínculo e pela corresponsabilidade, em um exercício permanente de geração de oportunidades e capacidades entre os sujeitos nos processos de cuidar da saúde-doença-morte como expressões de respeito, autonomia e participação. (Sousa, 2007).

Fica então claro que no conceito de acessibilidade articulam-se dois atores: os cidadãos e os serviços de saúde e dentro deles os profissionais e os gestores que, gerando a disponibilidade do que se trata, é de acender aos serviços e resolver os problemas de saúde.

Segundo Nogueira (1994), a prestação de serviços de saúde tem como marca registrada a cooperação no trabalho, cuja ótica organizacional impele à produção (pelo menos aos moldes flexnerianos taylorista-fordista) de uma multiplicidade de hierarquias funcionais e de categorias de agentes envolvidos no trabalho em saúde, para se indagar em seguida o que acontecerá se os serviços de saúde abarcarem definitivamente o compromisso com a qualidade?

Mas então qual a natureza da qualidade requerida nos serviços de saúde que sejam capazes de satisfazer o usuário em geral e especificamente a população usuária LGBT?

Observando os atos do Ministério da Saúde, segundo exposição do II Seminário Internacional sobre Qualidade em saúde e Segurança do paciente, realizado em agosto de 2013, verifica-se a existência de várias iniciativas em direção à produção de ações e serviços de saúde com qualidade e segurança para o usuário. Ao longo da história dos serviços de saúde no Brasil, o enfoque em qualidade foi sendo modificado, passando pelo controle de infecções, produtividade, formas de terceirização de atividades e etc., até chegar nos anos 2000 em diante, quando surgiram iniciativas mais ousadas sob o ponto de vista do olhar para as relações humanas nos processos de trabalho em saúde. Propostas como a de humanização no SUS é um exemplo.

Continuando na linha de Nogueira (1994) pode-se apontar que o trabalho em serviços de saúde destaca-se por seu ato nos encontros, envolvido em processos complexos, com raízes sociais concretas, mediante o emprego das energias, destrezas, saberes, poderes e pragmáticas de si de diversos trabalhadores e de usuários dos serviços e cidadãs e cidadãos em situação de existência por mais e melhores condições de vida e saúde, e especificamente na relação com a população LGBT.

Além disso, a noção de qualidade inscreve-se num conjunto de condições técnicas, éticas e estéticas de gestão, de pedagogia e de infraestrutura do ato de trabalho em saúde para atender a demandas sujeito-distinguidas. Demandas como condição de realização da ação e mobilização de recursos no enfrentamento de problemas de saúde da população LGBT. Com isso, explicita-se o modo de condução da ação, a distinção existente e a marca da qualidade impressa. Resultado dos atos de saúde úteis para seus beneficiários, seja individual e/ou coletivo, interno e externo, a organização do trabalho em serviços de saúde.

É necessário reconhecer a natureza e o funcionamento das variadas formas de processos de trabalho que se entrecruzam no espaço de um serviço de saúde, mediado por expectativas de

origem no saber, no poder e nas práticas de si com o outro, entre grupos de trabalho em equipe, na colaboração, na relação singular de envolvimento entre usuário e trabalhador de saúde.

Por fim, é importante compreender a noção de qualidade pelos padrões e seus significados adotados, de uso contido da ação e serviço público de saúde, na relação justa entre o trabalhador do serviço, a gestão, os movimentos sociais e LGBT, usuários do SUS. Apoiado em Nogueira (1994), acredita-se que compreender as formas pelas quais o juízo do justo é manejado, pelas normas pactuadas, as formas de respeito à diversidade e intolerância ao preconceito, em meio às circunstâncias do particular ao cotidiano, é o que valoriza o cidadão e o exercício apropriado para o desempenho contínuo da qualidade.

### **2.1.3 Aproximações sobre a atenção em saúde da população LGBT**

De modo geral, a demanda dos movimentos organizados LGBT envolve reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos e sociais, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo, e, nesse contexto, as questões como a união civil, o reconhecimento das famílias homoparentais, a redução da violência, a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, entre outras situações de desigualdades de direitos, passam a compor o conjunto das agendas políticas governamentais (Brasil, 2012).

A população LGBT experiencia múltiplas disparidades no cuidado em saúde e tem menos acesso aos serviços e cuidados em saúde. Cerca de 40% de pacientes LGBT nos Estados Unidos citam a falta de educação do(a) cuidador(a) como uma barreira ao cuidado e uma grande quantidade relata a recusa de tratamento, cuidado precário e abuso verbal por parte dos(as) cuidadores e, como resultado, muitos(as) pacientes evitam tratamento médico, mesmo nas situações de emergência (Moll et al., 2014). A atuação médica em questões que envolvem a saúde sexual se mostra limitada para o atendimento integral e humanizado em situações de

violência sexual, aborto legal e saúde geral para a população LGBT. (Rufino, Madeiro, & Girão, 2013)

Atualmente, o discurso médico contribui para a patologização de identidades e práticas sexuais socialmente discordantes da norma, o que legitima e reproduz processos discriminatórios. Com isso, a luta por um direito democrático da sexualidade requer a desmedicalização do discurso e das práticas a respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, democratizando a discussão sobre sexualidade para além do viés médico-biológico. (Lionço, 2008)

Porém, antes de compreender o que seriam as demandas, as ditas “necessidades de saúde LGBT” há que se dizer da tensão existente na afirmação de um conjunto de necessidades específicas em saúde da população LGBT. A assistência à população LGBT atualmente desafia os profissionais de saúde pública, especialmente no que diz respeito a desenvolver ações de cuidado destinadas a essa população que superem a histórica abordagem estigmatizante, associada à própria criação dessas categorias identitárias enquanto patologias pelo discurso médico-científico (Moscheta, 2011). Para iniciar a compreensão dessa discussão, há que se entender o que seriam, inicialmente, necessidades de saúde e como estas se articulariam, em especial, com a integralidade no âmbito do SUS.

Segundo Cecilio (2001), as necessidades de saúde poderiam ser apreendidas, de forma bastante completa, em uma taxonomia organizada em quatro grandes conjuntos. O primeiro deles diz respeito a se ter “boas condições de vida”. De uma forma simplificada, compreender as necessidades de saúde a partir dessa perspectiva implica analisar de que forma como cada indivíduo vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde. O segundo conjunto, diz da necessidade de se ter acesso e poder usufruir de toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Para o autor, o valor de uso que cada tecnologia de saúde assume é sempre definido a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive. Ou seja,

a “hierarquia” de importância do usufruto das tecnologias não é estabelecida apenas pelos técnicos nos assuntos que concernem à saúde humana, mas também, e principalmente, pelas pessoas reais, com suas necessidades reais. O terceiro conjunto perpassa os aspectos afetivo-relacionais do encontro entre seres humanos. Diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional – vínculo enquanto referência e relação de confiança, algo como o rosto do “sistema” de saúde para o usuário. Ou seja, esse terceiro conjunto nos permite reconhecer que o vínculo ultrapassa a simples adesão a um serviço de saúde ou a um programa de cuidados em saúde, significando, na verdade, o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível, um verdadeiro encontro de subjetividades. Por fim, o quarto conjunto de necessidades diz da autonomia de cada sujeito no modo de conduzir sua vida. Assim, a autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelas pessoas, dos sentidos de suas vidas, o que teria considerável importância em seus modos de viver, onde estaria inclusa a satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

Dessa forma, é possível perceber que as necessidades em saúde, na verdade, são definidas pelas particularidades de cada sujeito, nos diversos encontros e relações que estabelece e constrói com os sujeitos de uma equipe de saúde, como o(a) médico(a), por exemplo. Dessa forma, o que se espera não é negar as especificidades em saúde da população LGBT (re)afirmadas pelo discurso médico-científico, mas sim ampliar a discussão e o entendimento dessas necessidades para o contexto da determinação social<sup>4</sup> do processo saúde-adoecimento-cuidado de cada sujeito, superando os estigmas e o adoecimento da população LGBT que pode ser causado pela perspectiva que olha para essas pessoas exclusivamente através do limitado espectro das doenças sexualmente transmissíveis e do sofrimento psíquico

---

<sup>4</sup> O modelo da determinação social da saúde/doença procura articular as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo. Assim, são considerados os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária. (Batistella, 2007)

de ser LGBT. Assim, a integralidade da atenção, no espaço único de cada serviço de saúde, poderia ser entendida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, especialmente, tendo que ser captadas, compreendidas e abordadas em sua expressão individual (Cecilio, 2001).

Hoje se sabe que treinamento formal consistente em atenção à saúde da população LGBT é raro, o que leva a crer que esforços futuros serão necessários para desenvolver nos currículos médicos esse tema, de modo a prover cuidado à população LGBT que tem suas necessidades únicas e merece médicos(as) competentes e devidamente treinados(as) para atender essas pessoas nas suas necessidades (Moll et al., 2014). “A reparação necessária se efetivará a partir do reconhecimento das diferenças/desigualdades enquanto produtos lamentáveis, porém presentes, de nossa história coletiva e demandará o engajamento responsável na criação mútua de novas formas relacionais”. (Moscheta, 2011)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da Estratégia Saúde da Família de Uberlândia-MG e Belo Horizonte-MG.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar as justificativas dos(as) médicos(as) para a forma de atender a população LGBT realizada por eles(as).
- b) Refletir sobre os desafios vividos pela população LGBT no que se refere ao acesso e à qualidade na atenção em saúde.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Apresentação dos passos das atividades de campo

São sujeitos desta pesquisa os(as) médicos(as) que atuam nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família dos municípios de Uberlândia e Belo Horizonte, em Minas Gerais. Os critérios de seleção dos estados/municípios foram os seguintes: (a) municípios que tenham a política LGBT implementada; (b) municípios acima de 50 mil habitantes; (c) equipe das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) completa com cadastro atualizado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES; (d) equipe da UBSF que há pelo menos um ano conta com a mesma composição de trabalhadores. Quando do início desta pesquisa já havia sido definido no âmbito da Pesquisa Nacional a quantidade de 5 (cinco) entrevistas em Uberlândia e 10 (dez) entrevistas em Belo Horizonte. A explicação para essa quantidade de entrevistados(as), além das questões supracitadas, está na divisão de cada um desses municípios em distritos sanitários<sup>5</sup>, sendo que a cidade de Uberlândia conta com 5 (cinco) e a cidade de Belo Horizonte conta com 9 (nove) distritos sanitários. No caso específico de Belo Horizonte, para além dos 9 (nove) distritos sanitários seria realizada uma entrevista em um dos aglomerados da cidade. Entretanto, pela dificuldade de acesso geográfico a essa Unidade, em especial pelo fato do pesquisador não contar com uso de veículo próprio para condução na cidade durante a coleta dos dados, optou-se por substituí-la por outra Unidade de Saúde da Família, localizada no território de maior vulnerabilidade da cidade, conforme orientações repassadas pela Prefeitura Municipal. Todos(as) os(as) entrevistados(as) foram selecionados aleatoriamente por meio de sorteio (um

---

<sup>5</sup> O distrito sanitário pode ser entendido como processo social de mudança das práticas de saúde, o que o diferencia da concepção mais comum, que é a topográfica-burocrática. Com isso, é possível analisar os diferentes territórios-processos e localizá-los como espaços sócio-sanitários, formados por conjuntos sociais portadores de problemas diferenciados. (Mendes, 1993).

sorteio diferente para cada cidade) que abrangeu todas as Unidades de Saúde de cada um desses municípios (um sorteio para cada distrito sanitário, abrangendo todas as Unidades deste).

Todos(as) os(as) médicos(as) selecionados(as) foram convidados(as) a participar livremente da pesquisa e, após o aceite, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. Cada termo foi assinado pelo(a) médico(a) participante e pelo pesquisador responsável, em duas vias de igual teor e conteúdo, tendo uma ficado com o(a) entrevistado(a) e a outra com o pesquisador responsável. A pesquisa foi apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UnB, número do parecer 652.643.

O quadro 01 sintetiza o perfil dos(as) médicos(as) entrevistados(as) nesta pesquisa:

**Quadro 01.** Médicos(as) de Família e Comunidade de Uberlândia e Belo Horizonte – Minas Gerais, que participaram da pesquisa.

| <b>NOME<br/>(FICTÍCIO)</b> | <b>IDADE<br/>(ANOS)</b> | <b>TEMPO DE<br/>GRADUAÇÃO</b> | <b>TEMPO DE<br/>ATUAÇÃO NA<br/>ESTRATÉGIA<br/>SAÚDE DA<br/>FAMÍLIA</b> | <b>CIDADE<br/>ONDE<br/>ATUA</b> |
|----------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Adolfo                     | 43                      | 20 anos                       | 12 anos                                                                | Belo Horizonte                  |
| Anastácia                  | 24                      | 6 meses                       | 6 meses                                                                | Belo Horizonte                  |
| Cláudia                    | 27                      | 1,5 ano                       | 1,5 ano                                                                | Uberlândia                      |
| Diógenes                   | 46                      | 21 anos                       | 20 anos                                                                | Uberlândia                      |
| Fabíola                    | 28                      | 8 meses                       | 4 meses                                                                | Belo Horizonte                  |
| Gael                       | 37                      | 11 anos                       | 8 anos                                                                 | Belo Horizonte                  |
| Hilda                      | 27                      | 2 anos                        | 2 anos                                                                 | Uberlândia                      |
| Isabela                    | 30                      | 1,5 ano                       | 6 meses                                                                | Belo Horizonte                  |
| Joice                      | 35                      | 8 anos                        | 5 anos                                                                 | Belo Horizonte                  |
| Noêmia                     | 34                      | 9,5 anos                      | 8,5 anos                                                               | Uberlândia                      |
| Olga                       | 46                      | 23,5 anos                     | 15 anos                                                                | Belo Horizonte                  |
| Pietro                     | 42                      | 13 anos                       | 12 anos                                                                | Belo Horizonte                  |
| Rogério                    | 44                      | 20 anos                       | 14 anos                                                                | Belo Horizonte                  |
| Sueli                      | 28                      | 4 anos                        | 7 meses                                                                | Uberlândia                      |
| Zilda                      | 41                      | 17 anos                       | 16 anos                                                                | Belo Horizonte                  |

As entrevistas seguiram roteiro semiestruturado apresentado no Anexo I.

Todas as entrevistas foram gravadas e, na sequência, transcritas em sua íntegra e o áudio de cada uma delas foi descartado imediatamente após a transcrição. Para preservar a identidade dos(as) médicos(as) entrevistados, seus nomes reais foram substituídos por nomes fictícios.

## 4.2 O acesso da pesquisa sobre saúde LGBT aos serviços

Para articularmos a temática desta pesquisa (“acesso e qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT”) faremos uma breve retomada do encontro da pesquisa com o seu campo, nas entrevistas com os(as) médicos(as) da Estratégia Saúde da Família de Uberlândia e Belo Horizonte-MG. Assim, buscamos ampliar as considerações sobre o modo como as questões de saúde LGBT (na pesquisa ou na experiência encarnada do(a) usuário(a)) são acolhidas e reverberadas nos serviços de saúde.

Tanto em Uberlândia como em Belo Horizonte, a pesquisa foi oficialmente encaminhada às gestões municipais para devida apreciação e autorização para execução antes do encontro/contato com os(as) médicos(as).

Após essa autorização, em Uberlândia, o contato com cada entrevistado(a) foi feito individualmente, por telefone, onde o pesquisador explicitou brevemente a pesquisa, seus objetivos e convidou o(a) médico(a) para um encontro para maiores esclarecimentos. Nesses encontros, após apresentação da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, todos(as) médicos(as) aceitaram participar livremente da entrevista.

De todos(as) os(as) médicos(as) entrevistados(as), apenas 1 (um) pediu que a entrevista fosse realizada na Unidade de Saúde onde ele atuava, sendo que os(as) demais entrevistados(as) convidaram o pesquisador para estar presente em suas casas durante as entrevistas, com a justificativa de que a quantidade de pacientes a ser atendida na Unidade de Saúde poderia atrapalhar o bom andamento da entrevista. Nesse sentido, as entrevistas foram realizadas em períodos noturnos ou em finais de semana, em ambientes calmos, sem grandes interferências e onde a conversa pôde se desdobrar mais livremente. Curiosamente, as entrevistas em Uberlândia tiveram maior duração e contaram com uma maior riqueza de detalhes nas histórias narradas acerca dos (des)encontros da população LGBT com a Unidade de Saúde em que o(a)

médico(a) atuava, talvez por terem ocorrido em “ambientes protegidos” tanto pelo anonimato da entrevista, resguardado pelo uso de um nome fictício na sua transcrição, como pela distância, naquele momento, da equipe de saúde e dos(as) usuários do serviço. Não houve recusa nem mesmo hesitação na participação de nenhum(a) profissional dessa cidade e quatro deles(as) já conheciam o entrevistador previamente ao encontro, o que também pode ter sido fator facilitador para o encontro, o aceite para participar da entrevista, bem como para o fluir tranquilo e rico dos diálogos. As entrevistas em Uberlândia ocorreram durante todo o ano de 2015, em datas diferentes e um pouco distanciadas umas das outras, pela disponibilidade tanto do entrevistador quanto dos(as) entrevistados(as) em participar da pesquisa fora de seus horários de atuação profissional.

Em Belo Horizonte, as entrevistas ocorreram de forma sequenciada, durante 4 (quatro) dias da mesma semana do mês de agosto de 2015. O entrevistador foi acompanhado de outros três pesquisadores(as), que fizeram as entrevistas para a pesquisa nacional com os(as) demais membros da equipe de saúde da Unidade. Os encontros foram agendados previamente pela Gestão Municipal que repassou aos(às) pesquisadores(as) uma agenda contendo as datas, horários e Unidades que deveriam ser visitadas nos 4 (quatro) dias de trabalho de campo.

Ao chegar às Unidades de Saúde, todos(as) os(as) médicos(as) tinham o horário de suas agendas de atendimento reservado para participar da entrevista, apesar de nenhum(a) deles saber, previamente ao encontro, do que se tratava de fato o tema da entrevista. No encontro pessoalmente com o entrevistador, todos(as) aceitaram participar livremente da pesquisa, cedendo seu tempo e atenção com muita cordialidade para responder às entrevistas. As disposições pessoais e interesses de cada um(a) deles(as) pela temática foram diversos e a avaliação desses aspectos pelo entrevistador é atravessada por suas subjetividades, porém esses aspectos não impediram que a contribuição fosse rica, verdadeira e atenciosa. Nenhum(a) deles(as) conhecia o entrevistador previamente ao encontro. Apesar da rotina de atendimentos

na Unidade de Saúde naqueles dias, nenhuma entrevista teve que ser interrompida antes do seu término e a duração de cada uma dependeu da disposição do(a) entrevistado(a) em lidar com a temática da pesquisa naquele momento. Em todas as Unidades de Saúde os(as) pesquisadores(as) foram bem recebidos(as), apesar de percebermos que nenhuma Unidade sabia de fato a temática da pesquisa antes que pudéssemos conversar com cada entrevistado(a) e esclarecer. Talvez, como a população LGBT faz em muitos serviços de saúde, adentramos sem dizer de nossas especificidades e, uma vez lá dentro, descortinamos a realidade da temática e buscamos o acolhimento que, desconfortável ou não, aconteceu.

#### **4.3 Fundamentação teórica e apresentação dos procedimentos para a análise de discurso**

A análise das entrevistas seguiu os pressupostos teóricos do Construcionismo Social. A esse respeito, segundo Burr (1995), nós não podemos investigar o mundo psicológico e social usando apenas nossas presunções e práticas. Ou seja, nossas práticas de pesquisa devem ter a linguagem como foco de interesse, uma vez que os usos e efeitos da linguagem são de central importância para os construcionistas sociais. Segundo a autora, a tarefa dos pesquisadores consiste em reconhecer e até mesmo trabalhar com o próprio envolvimento intrínseco deles no processo de pesquisa e como isso contribui nos resultados que são produzidos. Nesse sentido, se a explicação do fenômeno apresentada pelo(a) pesquisador(a) tem o caráter de conhecimento ou verdade como um resultado da “voz da ciência”, as explicações trazidas pelas outras pessoas envolvidas nesse processo, como por exemplo as pessoas que responderam às entrevistas, deveriam ser igualmente consideradas nesse processo.

Burr (1995) também afirma que muitos pesquisadores construcionistas sociais acreditam que os objetivos da pesquisa não deveriam ser a descoberta dos “fatos”, mas sim a

mobilização do processo de pesquisa para se alcançar um objetivo diferente. Ou seja, a pesquisa não deveria ser em busca de uma verdade, mas por qualquer utilidade que a leitura que o pesquisador faz de um fenômeno tenha em trazer mudanças para aqueles que precisam o que transformaria a pesquisa em pesquisa-ação e em uma atividade política e, apesar de dizer que não há uma receita exata para realizar a análise de discurso e que essa é como se fosse um guarda-chuva que abriga uma variedade de práticas atuais de pesquisa com diferentes objetivos e bases teóricas, o texto apresenta a desconstrução como sendo uma estratégia viável para realizar essa análise.

A primeira ação da desconstrução é a revelação de contradições. Nesta pesquisa a revelação de contradições deu ao pesquisador a possibilidade da construção das categorias de análise, intituladas “Discursos do Não” e que serão apresentadas a seguir. Observou-se que, no início de cada entrevista, ao definir acesso e qualidade, os(as) entrevistados(as) traziam conceitos muito próximos àqueles apresentados nos textos teóricos sobre esses assuntos (aqui discutidos no item Introdução). Entretanto, ao longo da entrevista, em especial quando eles(as) relatavam exemplos de atendimentos e situações envolvendo a população LGBT, o “Não” era um termo constante, revelando as contradições entre teoria e prática dos serviços de saúde no acolhimento e na qualidade do acesso e da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS.

A etapa seguinte da desconstrução é o desenvolvimento de maneiras atuais de entender discursos e representações sobre pessoas e sociedades e mostrar como “verdades” atuais foram constituídas, como elas são mantidas e quais relações de poder elas carregam. Nesta pesquisa essa etapa da análise foi feita, quando os “nãos” presentes nas entrevistas foram compreendidos em três grandes categorias, a saber: “Não-diferença”, “Não-saber” e “Não-querer”. Tão logo ocorreu essa compreensão, foi possível perceber como esses discursos transindividuais eram utilizados pelos(as) entrevistados(as) para justificar a forma de atender e cuidar da população

LGBT na Estratégia Saúde da Família no SUS, mostrando como essas “verdades” estão construídas e mantidas em nossa sociedade, explicitando as relações de poder que atravessam a interface médico(a)-paciente da população LGBT.

Por fim, tem-se na desconstrução a análise de discurso, na qual os discursos são examinados e suas identidades e implicações de poder são trazidas à tona. Nesta pesquisa, essa etapa da análise foi feita após a construção de cada categoria, quando a leitura do pesquisador encontrou e debateu com a literatura que trata do assunto e, assim, foi possível compreender as características presentes em cada discurso, bem como os impactos dessas construções discursivas no acolhimento e na qualidade do acesso e da atenção integral à saúde da população LGBT no SUS.

Cabe ressaltar que, segundo Burr (1995), os discursos são transindividuais por não estarem alocados em pessoas particulares, mas por existirem em uma comunidade linguística. Nesse sentido, Potter & Wetherell (1995) abordam a questão da análise através do conceito de “*coding*”, que em uma tradução livre trata das categorias de análise. O desafio é criar categorias que falem de processos sócio-linguísticos que atravessam as falas das pessoas, e não categorias que falem das pessoas em si.

## **5 OS “DISCURSOS DO NÃO” E O ACESSO E A QUALIDADE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO SUS**

Após a leitura atenta e a análise cuidadosa e criteriosa das entrevistas realizadas nesta pesquisa, foram construídas três categorias de análise, unidas por um mesmo eixo, o qual foi denominado de “Discursos do Não”. Esses discursos foram selecionados pela análise da grande presença de todos eles na maior parte das entrevistas realizadas, permeando os relatos dos(as) médicos(as) de família e comunidade que participaram desta pesquisa. Conforme será descrito a seguir, será possível observar como o “Discurso da não-diferença”, “Discurso do não-saber” e “Discurso do não-querer” são potenciais causadores do silenciamento de muitas questões envolvendo as condições de saúde da população LGBT, afastando essas pessoas de um cuidado em saúde integral, equânime e universal, conforme prevê o SUS em sua legislação. Vale ressaltar que não se tratam apenas de discursos negativos, de supressão, e desqualificação, mas também positivos, de produção e criação. Essa é uma dimensão dupla de todo discurso, o qual gera diferentes relações de poder.

É possível perceber ao longo da análise e leitura de trechos das entrevistas com médicos e médicas de Saúde da Família, que é como se esse eixo de negação explicitasse também a negação da vida, da existência de lésbicas, gays, bissexuais e pessoas trans, retirando-as do SUS em todos os seus âmbitos de gestão e, também, das equipes de Saúde da Atenção Básica, entendida como porta de entrada do SUS (Brasil, 2012), e retirando dos diversos atores sociais envolvidos, a responsabilidade pelo debate, construção, execução e fiscalização de Políticas Públicas voltadas às questões de saúde das pessoas LGBT.

Segundo Butler (2012), a estrutura do discurso é importante para a compreensão de como a autoridade moral é introduzida e sustentada se concordarmos com o fato de que o discurso está presente não apenas quando nos reportamos ao Outro, mas que, de alguma forma,

passamos a existir no momento em que o discurso nos alcança, e que algo de nossa existência se prova precária quando esse discurso falha em nos convencer. E, observando a estrutura dos “Discursos do Não”, buscamos compreender como a autoridade moral em relação à sexualidade é introduzida e sustentada em nossa sociedade e por esse discurso ter nos alcançado e falhado em nos convencer que a análise deles foi construída sob a perspectiva do construcionismo social, pois, como dito anteriormente, nós não podemos investigar o mundo psicológico e social usando apenas nossas presunções e práticas. A linguagem deve ser nosso foco de interesse.

Apresentaremos a desconstrução dos discursos que permitiu essa análise e que cada uma dessas categorias nos permite fazer. Por fim, buscaremos descortinar os “Discursos do Não”, compreendendo o que de fato eles produzem e sustentam em nossa sociedade atualmente. Que a leitura desse material permita o debate crítico e reflexivo e que ele tenha o potencial de desencadear as mudanças necessárias em prol do SUS que defendemos e queremos, também para a população LGBT.

## **5.1 O “Discurso da não-diferença”**

O “Discurso da não-diferença” é caracterizado, essencialmente, no relato dos(as) médicos(as) de família e comunidade ao afirmarem que não há diferenças entre a população LGBT e as demais populações atendidas por eles(as).

Ao analisarmos esse discurso é possível perceber que a ideia central que busca sustentá-lo é a 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.

O “Discurso da não-diferença” parece ser usado como uma estratégia para que a pessoa não seja vista como preconceituosa (lembrando o aspecto moral presente nas construções discursivas). Na interação com o entrevistador, é esse seu objetivo. Assim, a tentativa é de minimizar a diferença, reconhecendo que somos todos iguais. É uma busca de igualdade, portanto a pessoa não deve ser tratada com diferença. E ninguém deveria ser criticado, inclusive o(a) médico(a), por querer pensar que somos todos iguais. Esse seria um mundo mais justo. Contudo, o efeito não percebido pela pessoa que fala é a sua negação do outro. A igualdade não permite que a diferença se expresse. Ou seja, o contrário do que parecia pretender. Trata-se da contradição não percebida. Aqui, a ideia é a de que igualdade faz desaparecer (ou mesmo impede que surja) o preconceito, em uma equação aparentemente simples, lógica e socialmente correta e aceitável.

Para a análise do “Discurso da não-diferença” essa categoria foi subdividida em outras três. A primeira delas diz da relação desse discurso com a organização do serviço de saúde e as necessidades em saúde da população LGBT. A segunda subcategoria aborda a reflexão da utilização desse discurso com a equidade proposta para o SUS. Por fim, a terceira e última discute brevemente sobre qual “não-diferença” surge nos discursos, tratando de sua relação com a equidade e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

### **5.1.1 O “Discurso da não-diferença”: organização do serviço e necessidades em saúde**

O “Discurso da não-diferença” aparece atrelado a uma suposta forma de organização do serviço de saúde, a partir da qual a igualdade orientaria a organização de uma agenda de trabalho

aparentemente inclusiva e acolhedora. Há também nesse aspecto do discurso uma reflexão sobre as necessidades em saúde da população LGBT. A princípio, a população LGBT é apresentada como igual às demais padecendo, portanto, dos mesmos agravos de qualquer outra população, o que não justificaria tratá-la de maneira diferente, o que poderia, segundo essa construção discursiva, corroborar para o preconceito contra as pessoas LGBT nos serviços de saúde.

Esse aspecto das necessidades em saúde da população LGBT que surge nessa subcategoria de análise do “Discurso da não-diferença” permite que façamos a discussão sobre os aspectos que circundam as reais demandas em saúde dessas pessoas, bem como sobre como organizar os serviços de saúde diante dessas demandas, promovendo o acesso com qualidade das pessoas LGBT no SUS. Inclusive a própria organização atual dos serviços de saúde é uma posição com relação a essa diferença. Em termos pragmáticos, isso diz da real expressão quanto ao não reconhecimento da população LGBT e de suas necessidades em saúde. Se o serviço se organiza de forma a não acolher essas pessoas, reconhecer e atuar nas suas diversidades, ele se estrutura a partir da “não-diferença”, negando inclusive a integralidade que deveria ser um dos seus princípios norteadores. Em termos políticos, essa estruturação apoia e é apoiada pelo discurso dos profissionais de saúde que essa diferença não existe. Com isso, a concepção de igualdade permite que o serviço se sustente da forma como está, pois, aparentemente, ele está distante de preconceitos e discriminações. Para tanto, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais demonstra o quanto ainda precisa ser fortalecida nos cenários da prática do cuidado em saúde, onde ela de fato deveria ser efetivada e não apenas tida como texto utópico, inalcançável.

Iniciaremos abordando esse aspecto dessa subcategoria que diz sobre a organização do serviço de saúde que é melhor elucidado nos trechos das entrevistas que seguem:

*Eu acho que se ficar criando tratamentos específicos demais fica parecendo que está gerando um preconceito. Tipo assim, se for uma queixa específica relacionada a isso, igual é transexualização, aí você tem que abordar aquela questão específica, acho que seria legal sim, mas se você diferenciar demais, eu acho, tipo em tal horário vamos atender aquelas pessoas, fica parecendo preconceito, acho que não deve ter essa diferenciação, acho que eles têm que ser tratados igual todo mundo. Cada indivíduo é do seu jeito, mas sem ter essa distinção.*

(Isabela, 30 anos, Belo Horizonte)

Apesar de utilizar do “Discurso da não-diferença”, Isabela reconhece uma das especificidades da população LGBT: o tratamento hormonal para pacientes transexuais (Brasil, 2012), porém sugere que, mesmo assim, a diferenciação não seja demasiada, como se fosse possível dosar quantitativamente a diferença no tratamento das especificidades de uma determinada população. Importante observar que, mesmo reconhecendo a diferença ao citar a “transexualização”, a médica o faz a partir da perspectiva biomédica e não no sentido da construção identitária da pessoa, apontando na entrevista a necessidade de hormonioterapia como sendo uma necessidade específica das pessoas trans<sup>6</sup>. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012) é considerada um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade e é também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2007). Ou seja, é uma forma de

---

<sup>6</sup> Isabela, ao ser interrogada sobre quais as principais demandas que ela identificava como sendo da população LGBT na sua equipe de saúde, respondeu que: “Assim, na nossa equipe especificamente, é a equipe que mais tem transexuais e hoje está sendo bem essa questão mesmo de para onde encaminhar eles para a hormonização”.

reconhecer e legitimar que há sim diferenças no que diz respeito ao cuidado em saúde da população LGBT, como o tratamento hormonal em pacientes transexuais, reconhecido por essa política e que foi citado por Isabela como uma particularidade do grupo LGBT.

Isabela também usa de um exemplo para convencer o interlocutor do seu ponto de vista: o uso de horários reservados para consultas de determinados grupos populacionais e aqui iniciamos as reflexões sobre a organização dos serviços de saúde para acolhimento e atendimento das necessidades em saúde da população LGBT. A discussão sobre organização da agenda na Estratégia Saúde da Família é abordada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que recomenda que:

no processo de trabalho das equipes da Atenção Básica seja feita a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência, incluindo-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, dificultando o acesso dos usuários. (Brasil, 2012, p. 41)

Ou seja, para o Ministério da Saúde, dividir a agenda segundo critérios de sexo (entendendo que provavelmente esse termo tenha sido utilizado erroneamente no lugar de gênero) como Isabela propõe ser uma diferenciação supostamente excessiva da população LGBT com vistas ao preconceito não é, na verdade, recomendado por dificultar o acesso de qualquer pessoa à equipe de Saúde da Família e não por gerar preconceito.

Ao final, Isabela reconhece que “*cada indivíduo é do seu jeito*”, nos levando a pensar se existe um jeito de ser LGBT pensado pela médica ou se foi mesmo uma forma de reconhecer especificidades de alguma(s) pessoa(s) (e não de um grupo populacional) para justificar alguma demanda específica (como, por exemplo, no caso de uma usuária transexual que necessitasse tratamento hormonal) que seja dela e não de um grupo populacional.

A análise da entrevista de Fabíola reforça o “Discurso da não-diferença”, abordando a questão da organização do serviço de saúde bem como abrindo espaço para a discussão das necessidades em saúde da população LGBT, ao se pensar sobre qual deveria ser o local ideal para o cuidado em saúde dessas pessoas no SUS bem como sobre quais agravos acometeriam essa população. “*Por que ter um ambulatório diferente, né? Eles estão sujeitos às mesmas doenças, se você fica falando que eles têm um direito a mais, você fica, já tá colocando eles, diferenciando eles como uma população maior de risco*”. (Fabíola, 28 anos, Belo Horizonte)

Fabíola questiona a necessidade de um ambulatório diferente, específico para o cuidado da população LGBT. Pensando na população LGBT como um todo, o ideal é que todos(as) tenham acesso e atendimento garantido com qualidade na Estratégia Saúde da Família, porta de entrada do SUS (Brasil, 2012).

Porém, a justificativa é de que as pessoas da população LGBT estão sujeitas às mesmas doenças da população em geral. Segundo publicação recente do *American College of Physicians* (Daniel & Butkus, 2015), embora os membros da comunidade LGBT enfrentem problemas de saúde semelhantes aos da população em geral, certas disparidades são relatadas em uma taxa mais elevada entre pessoas LGBT em relação à população heterossexual. Segundo essa publicação as pessoas LGBT são mais propensas a identificar-se como estando em más condições de saúde em relação aos indivíduos heterossexuais e diferentes segmentos da população LGBT têm riscos e necessidades em saúde específicos. A publicação cita como exemplo que os homens gays e bissexuais estão em maior risco de adquirir certos tipos de

infecções sexualmente transmissíveis e são responsáveis por mais de metade de todas as pessoas que vivem com HIV ou AIDS nos Estados Unidos. Diz que mulheres lésbicas são menos propensas a realizar mamografia ou exame de Papanicolau para rastreamento de câncer e que mulheres lésbicas e bissexuais são mais propensas a serem obesas ou com sobrepeso e, por fim, afirma que as pessoas LGBT são mais susceptíveis de se tornarem incapazes em uma idade mais jovem do que os indivíduos heterossexuais. Aqui pode-se observar a forma como a publicação foi escrita e como ela tende a construir uma responsabilização da pessoa LGBT por ser/estar/manter-se saudável. Os homens gays e bissexuais são os responsáveis por mais da metade das pessoas com HIV ou AIDS nos Estados Unidos, como se fossem eles os responsáveis por adquirir e propagar o vírus e a doença pelo país. As lésbicas adotam um comportamento de não buscar o rastreamento para cânceres de mama e colo de útero, contribuindo assim para o seu adoecimento. Importante ressaltar que, segundo as diretrizes brasileiras, o exame de Papanicolau deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa (Brasil, 2010). Que vida sexual ativa? Vida heterossexual ativa? Onde estariam então as recomendações de rastreamento de câncer para as mulheres lésbicas?

Outra publicação norte americana afirma que pesquisas mais recentes estão investigando a saúde física das pessoas LGBT e que, relativamente aos heterossexuais, as populações LGB têm maiores taxas de incapacidade, limitações físicas e pior saúde geral. Ainda segundo essa publicação, embora os resultados ainda não estejam muito claros, alguns estudos têm indicado que adultos LGB podem estar em risco elevado para alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares. Grandes estudos populacionais descobriram que adultos LGB são mais propensos a relatar diagnóstico de asma do que heterossexuais. Com poucas exceções, limitada pesquisa focou especificamente sobre o estado de saúde de indivíduos transgêneros (Fredriksen-Goldsen et al., 2014). Aqui é possível perceber como essas publicações (re)produzem a população LGBT através do discurso médico-científico como uma população

com necessidades de saúde específicas, porém associando a própria sexualidade não-heterossexual a uma doença ou mesmo associando comorbidades a essas identidades (propensão a depressão, transtornos mentais, comportamentos aditivos, etc). A luta dos movimentos LGBT é histórica e atual com essas descrições de especificidades, o que pode muitas vezes soar como “somos pacientes como quaisquer outros”, o que pode acabar por reforçar o discurso da não-diferença. Entretanto, há que se compreender que a luta é pela ampliação da percepção dessas diferenças, através de uma compreensão mais integral do sujeito na sua relação com os serviços e o sistema de saúde.

Superamos (será?) o estigma de que ser LGBT em si é uma doença, mas passamos para a crença de que ser LGBT adoecer. Esses dados nos levam a pensar: o que leva a tanto adoecimento na população LGBT? Será que o simples fato de ser LGBT já adoecer ou pode adoecer tanto assim o indivíduo, ou a parcela do cuidado em saúde que cabe ao Sistema de Saúde está defasada por não acolher e não ver as pessoas LGBT por acreditar que não há diferenças entre elas e as demais pessoas?

Refletindo sobre essas questões, surge a dúvida: ser LGBT é obrigatoriamente ser doente? Se há tantas diferenças nas composições individuais das pessoas que pertencem a esse grupo populacional, podemos afirmar categoricamente que todos(as) ali estão doentes? Essa inferência de associar a pessoa LGBT a transtornos mentais, por exemplo, não seria uma forma de preconceito que afastaria a pessoa do cuidado em saúde? Bento e Pelúcio (2012) ao problematizarem a questão da patologização do gênero no que diz respeito às pessoas trans, afirmam que:

o acompanhamento terapêutico obrigatório para pacientes trans é procedimento que, por meios institucionais, escamoteia a posição hegemônica de que essas pessoas são transtornadas, portadoras de subjetividades, desconectadas com a realidade e, portanto, sem

condições psíquicas de administrar suas escolhas. Essa é uma estratégia discursiva que retira a autonomia e não reconhece a condição de sujeitos das pessoas transexuais e travestis. (Bento & Pelúcio, 2012, p. 8)

Ou seja, reconhecer as diferenças da população LGBT não significa reconhecer que são sempre pessoas doentes ou em potencial iminente de adoecimento. É reconhecer que são pessoas, com direitos de acesso e acolhimento no Sistema de Saúde que pretende ser Universal, não apenas para diagnóstico e tratamento de doenças, mas também e principalmente para promoção da saúde e equidade em saúde.

Fabíola cita ainda que, ao considerarmos demandas específicas dessa população, estaríamos dando a ela um “*direito a mais*”. Porém, qual seria esse “*direito*” ao qual Fabíola se refere? O direito à saúde? O direito ao reconhecimento e tratamento específico de suas demandas em saúde? Mas não são esses os direitos de todos(as) cidadãos(ãs) brasileiro(as) no SUS? Ao considerar como privilégio o direito ao cuidado em saúde nas especificidades da população LGBT estamos negligenciando o cuidado em saúde que essa população merece e necessita. Esse “*direito a mais*” ao qual Fabíola se refere, nada mais é do que a equidade em ação. Porém, quando esse direito é exercido pela população LGBT, a equidade dói, incomoda, torna-se contraditória e excludente. É como se reconhecer suas especificidades fosse demais, um exagero. Afinal, “*são pessoas como todos nós*”. Então, o “Discurso da não-diferença” transforma a equidade em um privilégio. A articulação (ou ausência dela) da equidade com o “Discurso da não-diferença” será discutida com mais profundidade em outra subcategoria de análise do “Discurso da não-diferença”.

Fabíola agrega à sua fala a palavra “*risco*”. Para ela, reconhecer as demandas das pessoas LGBT é caracterizá-las como de risco. Na verdade, a situação de vulnerabilidade e

risco da população LGBT existe na ausência de políticas públicas específicas para essas pessoas, o que acaba por reforçar a sua invisibilidade na garantia de seus direitos (Musial e Nadal, 2013). Pelo que foi possível perceber, situar a população LGBT como risco remete a um contexto histórico atrelado à epidemia da AIDS e que, no seu avesso, possibilitou o empoderamento do movimento, mas ainda alimenta no imaginário um lugar único possível de existência.

Dando sequência à análise das entrevistas sob a perspectiva do “Discurso da não-diferença”, abaixo temos a fala de Cláudia, que não apenas reforça o que disse Fabíola, mas também nos permite perceber como esse discurso pode deslegitimar e tornar invisível a população LGBT no SUS:

*Eu acho que é a mesma coisa, assim, os agravos para a população heterossexual são os mesmos para a população homossexual. [...] Por que eu acho que não tem diferença da população, pra mim é a mesma coisa, pra mim é só uma opção sexual, não vai mudar se você é hipertenso, se é diabético, se tá gestante, pra mim são as mesmas demandas. (Cláudia, 27 anos, Uberlândia)*

Cláudia utiliza um termo que nos faz refletir: “*opção sexual*”, restringindo-a a “*só*” uma opção sexual. Inicialmente cabe olhar para o uso do termo “*opção sexual*”, que acredito não ser um daqueles erros consagrados pelo uso, na tentativa de se referir à orientação sexual de uma pessoa. Esse termo parte da crença de que quem é LGBT escolhe ser, como se em um dado momento o despertar de uma sexualidade fizesse com que a pessoa abrisse mão de todos os

privilégios que a sociedade heteronormativa<sup>7</sup> garante àqueles que se enquadram nas normalidades do binarismo sexual homem-mulher, masculino-feminino e com isso decidisse seguir por um caminho de rejeição e preconceito sociais.

Chama a atenção na fala de Cláudia, em especial, o termo “só”, como se a “*opção sexual*” da pessoa fosse um mero detalhe, um adorno no seu conjunto de características e que não merecesse atenção no contexto de um atendimento médico. É apenas mais uma característica, como tantas outras, que não protege o indivíduo dos “*agravos comuns que atingem toda a população*”, como a hipertensão e o diabetes. Se ser LGBT não protege desses agravos, o que se pode dizer das outras demandas em saúde dessa população? Se elas não são sequer consideradas como existentes em um ambiente de consulta médica, como a população LGBT poderá se proteger delas? Reconhecer o caráter incerto e mutável das identidades significa minar o sistema normativo binário baseado no dimorfismo sexual (Teixeira, 2012). E isso jamais será alcançado enquanto esse for “só” mais um grupo populacional, sem diferenças em relação aos demais.

Para Gael, o “Discurso da não-diferença” também surge ao se pensar as doenças e/ou agravos que mais acometem a população LGBT atualmente. Aqui é possível perceber como as necessidades em saúde da população LGBT são silenciadas pelo “Discurso da não-diferença”.

*Danilo: E na sua opinião quais seriam as doenças e/ou agravos que mais acometem a população LGBT atualmente?*

*Gael: Eu acho que seria na mesma, pelo que tenho visto, minha opinião, seria na mesma sequência que a gente tem visto na outra,*

---

<sup>7</sup> Por heteronormatividade, entende-se a reprodução de práticas e códigos heterossexuais, sustentada pelo casamento monogâmico, amor romântico, fidelidade conjugal, constituição de família (esquema pai-mãe-filho(a)(s)). Na esteira das implicações da aludida palavra, tem-se o heterossexismo compulsório, sendo que, por esse último termo, entende-se o imperativo inquestionado e inquestionável por parte de todos os membros da sociedade com o intuito de reforçar ou dar legitimidade às práticas heterossexuais. (Foster, 2001).

*infecções respiratórias, lombalgias, cefaleias, depressão, então acompanharia aproximadamente a mesma população, dos que me procuraram eu não vi essa diferenciação muito grande aí não.* (Gael, 37 anos, Belo Horizonte)

Gael cita uma série de doenças e agravos que, em sua opinião, têm igual prevalência em toda a população, independentemente da orientação sexual. Buscando mais uma vez na literatura embasamento para esse discurso, foi possível encontrar que o relatório de 2011 do Instituto de Medicina (IOM) sobre a saúde das pessoas LGBT apontou que, embora as pessoas LGBT compartilhem com o resto da sociedade toda a gama de riscos para a saúde, eles(as) também enfrentam um profundo e mal compreendido conjunto adicional de riscos à saúde devido, em grande parte, ao estigma social (Obedin-Maliver et al., 2011). Gael faz ainda uma correlação com a população LGBT que já atendeu na Unidade de Saúde da Família em que atua, dizendo não ter visto “*essa diferenciação muito grande aí não*”. Curioso observar que, em momento algum durante sua entrevista, foi dito a Gael que existia alguma diferença em relação às doenças e/ou agravos que mais acometem a população LGBT atualmente. Talvez pela estruturação da pergunta ele tenha percebido que provavelmente existiria diferença (afinal, se não existisse, por que perguntar especificamente da população LGBT se poderíamos interrogar em relação à população em geral, já que, a princípio, são todos(as) iguais?). Porém, mesmo que tenha reconhecido isso na estruturação da pergunta do entrevistador, Gael fez com que o “Discurso da não-diferença” prevalecesse, argumentando e exemplificando com seu cotidiano de trabalho. Afinal, as diferenças não apareceram nos atendimentos que realizou porque elas não existem ou porque não foi dado o acolhimento suficiente para que elas tivessem chance de aparecer no consultório médico?

Adolfo tem dúvidas quanto às demandas da população LGBT. Para ele, também parece não haver diferenças entre essa população e as demais. E isso implica até mesmo na realidade das demandas LGBT, conforme discutido na sequência.

*Danilo: E, na sua opinião, os demais membros da equipe estão preparados para atender às demandas da população LGBT?*

*Adolfo: Pois é, eu precisava saber primeiro as demandas. “O que é a demanda LGBT, especificamente?”. Eu acho que isso seria o principal, pois eu acredito que a demanda em saúde, da comunidade LGBT, é a mesma demanda em saúde da população real. Não consigo perceber alguma coisa tão específica deles. (Adolfo, 43 anos, Belo Horizonte)*

Adolfo utiliza o termo “*população real*”, como se a população LGBT não fosse real, verdadeira. Antes de reconhecer demandas em saúde é necessário reconhecer como parte do humano. Não é real. De fato, ao não reconhecermos suas diferenças a população LGBT não se torna real, não tem seu espaço legitimado e deixa de existir na sociedade e no SUS, ficando como uma população virtual, hipotética. Ainda é necessário muito para que a vida real das pessoas LGBT seja tão digna e plena em direitos e em obrigações quanto às da maioria que vive – ou diz viver – nos parâmetros da norma heterossexual (Mello, Avelar, & Maroja, 2012).

Pensando ainda no “Discurso da não-diferença” na lógica de organização do serviço de saúde, é possível perceber que ele pode se referir não apenas à postura dos(as) médicos(as) entrevistados(as) em suas condutas e práticas com os(as) usuários(as) da população LGBT. Ao ser interrogada sobre o relacionamento dos(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS) com os(as) usuários(as) LGBT de sua área de abrangência, Sueli parece ter encontrado um aspecto positivo dessa relação. “*Acho que é até legal porque eles, (os(as) agentes comunitários(as) de*

*saúde) não veem como diferente dos demais, “Ah, porque LGBT é diferente dos outros”. Então acho que até minimiza a questão do preconceito”. (Sueli, 28 anos, Uberlândia)*

Sueli inicia dizendo achar legal o fato de os(as) ACS não verem a população LGBT como diferente das demais. Aqui há uma valorização positiva dessa postura. É o valor moral dessa não-distinção. Curioso observar que, para Sueli, os(as) ACS não costumam trazer para a equipe demandas vindas da população LGBT. Mas também, como buscar, reconhecer e trazer para a equipe demandas de uma população tão igual às demais? É possível observar isso no trecho seguinte:

*Danilo: E os(as) agentes (comunitários(as) de saúde), trazem para a equipe de Saúde da Família demandas vindas dessa população?*

*Sueli: Hun-Hun, até agora que eu saiba não. Mesmo porque eu te falei, a gente não conhece os que são. Então não tem como eles trazerem se não conhecem ou se conhecem não falaram até hoje pra gente. (Sueli, 28 anos, Uberlândia)*

Pensando na organização do serviço de saúde para atendimento à população LGBT que o “Discurso da não-diferença” nos permite vislumbrar e refletir sobre, temos um trecho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que diz que cabe aos(as) agentes comunitários(as) de saúde:

*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*

adscrita 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)

Se há esse acompanhamento conforme prevê a PNAB, como é possível não conhecer os(as) usuários(as) LGBT e suas demandas? Será que a negação de sua existência é tão intensa que sequer são considerados(as) quando do acompanhamento pelos ACS das famílias adscritas à Unidade de Saúde da Família? Ao não reconhecer as diferenças, necessidades e a própria existência das pessoas LGBT, esses(as) ACS podem estar dificultando ou mesmo não promovendo o acesso dessas pessoas à Estratégia Saúde da Família, pois como eles conseguirão acessar a equipe de Saúde da Família com suas demandas se não têm reconhecidas as existências de suas diferenças, inclusive por aqueles que estão percorrendo mensalmente as casas das pessoas adscritas à Unidade de Saúde? Muitas vezes, pela posição que ocupa na equipe, o discurso médico acaba por orientar a equipe. Se não existe diferença para o médico, como haveria para a ACS ou demais membros da equipe?

O “Discurso da não-diferença” foi tão amplamente comum nas entrevistas realizadas nesta pesquisa, que vários são os exemplos, dentro até de uma mesma entrevista, da sua utilização. Na fala de Anastácia é possível perceber o quão arraigada essa concepção de igualdade inclusiva e libertadora está presente nessa construção discursiva e o quanto isso pode impactar na organização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, no reconhecimento das necessidades e acolhimento da população LGBT no SUS.

*Sinceramente, não vejo dificuldade não, trato como qualquer outro paciente. Afinal a gente vê a pessoa como um ser humano. É comum como qualquer outro atendimento. A gente não tem nada específico pra essa população não. Eu não acho que tem que ter particularidade não. Eu acho que tem que ver o ser humano como um todo, e é da forma que a gente vê, então eu não acho que tem que ser tratado de forma diferente não. Acho que deve ser tratado como todo o tipo da população. Acho que não tem que ser particularizado não. (Anastácia, 24 anos, Belo Horizonte)*

Interessante observar que, em seu relato, Anastácia ilustra uma situação que é realidade para a população LGBT no SUS hoje. Apesar da existência de uma Política para a Saúde Integral dessa população (Brasil, 2012), ela nos relata que sua equipe não possui nada em específico para essa população. Curioso observar que, para sustentar sua fala, ela recorre à condição de ser humano, como se, em nossa essência, fôssemos todos iguais e, por isso, não demandássemos tratamentos distintos. Segundo Adelman (2000), na atualidade fala-se muito sobre “a diferença”, a diversidade e o direito de todos à cidadania, o que parece, de fato, que qualquer um pode apropriar-se desse discurso, que não só é agradável, humanitário etc. Os excluídos são, por esse discurso, muito rapidamente incluídos, e todos caminhamos juntos na trilha da igualdade, numa sociedade que está “evoluindo” (Adelman, 2000).

Continuando a discussão desse tema, temos a fala de Noêmia, que aborda a não-diferença no contexto do espaço físico da Unidade de Saúde da Família. Afinal, onde e em quem está o preconceito em relação às pessoas LGBT?

*Por que assim, eu acho que pra atendimento, na minha cabeça, eu penso assim: “atendimento médico é igual pra todo mundo”. Então eu acho que deveria ser igual, então eu não sei, porque eu não consigo pensar um motivo assim. [...] Eu não vejo diferença nisso, porque, eu não consigo ver diferença, entendeu? [...] Assim, para nós que estamos lá dentro é tudo igual, eu não vejo diferença, mas talvez na sala de espera eles sentem algum constrangimento, né? Eu acho que talvez pode ser isso. (Noêmia, 34 anos, Uberlândia)*

Noêmia transporta para o exterior a existência de diferenças. Segundo ela, não é possível ver diferenças dentro do consultório médico, mas talvez na sala de espera o(a) usuário(a) possa sentir algum constrangimento. É como se a questão de ser LGBT inexoravelmente constrangesse, envergonhasse a pessoa. Será que não se considera o orgulho<sup>8</sup> das pessoas em ser LGBT? Importante considerar aqui que talvez as pessoas da sala de espera tenham preconceito e não a médica. Refletindo sobre a questão da vergonha e do constrangimento em ser LGBT, Hill e Willoughby (2005) argumentam, relativamente ao genderismo (crença de origem cultural e que perpetua julgamentos negativos de pessoas que não se apresentam como um homem ou mulher estereotipados), que é ao mesmo tempo fonte de opressão social e vergonha psicológica, de modo que pode ser imposto a uma pessoa, mas é possível que uma pessoa possa internalizar essas crenças. Ou seja, quando existe, a vergonha em ser LGBT é muito mais

---

<sup>8</sup> Quando se fala do orgulho em ser LGBT temos referência quase que imediata às paradas do Orgulho LGBT. No Brasil, diferente das outras manifestações, as paradas, inspiradas em eventos semelhantes de outros países, se destinam especialmente à celebração do “orgulho” e à visibilização de demandas do movimento, inaugurando um estilo diferenciado de atuação política. O sucesso das paradas também remete a uma mudança do discurso característico do movimento: a ênfase na vitimização de LGBT, bastante característica do movimento na década de 1980, passou a dividir espaço com um discurso e ações que procuravam afirmar uma identidade qualificada como “positiva”, na maior parte das vezes personificada na ideia de “orgulho homossexual” (França, 2007).

resultado da opressão de uma sociedade heteronormativa do que uma condição natural e inerente de ser LGBT.

Retomando a fala de Noêmia, como é possível que uma diferença, um constrangimento que se explicita em um ambiente de uma Unidade de Saúde da Família (no caso em questão, a sala de espera) simplesmente desapareça ao perpassar o portal de um consultório médico? Como é possível identificar pessoas e demandas tão diferentes em um mesmo território e, ainda assim, elas não se manifestarem a partir do momento em que adentram no consultório médico?

Interessante também observar que Noêmia afirma que não vê diferença porque não consegue ver diferenças. É como se enxergar demandas específicas da população LGBT exigisse um esforço, o qual é uma tentativa frustrada, pois mesmo tentando, ela não consegue ver. Realmente, não é fácil enxergar uma demanda que, para nós, está externa a nós, usuários(as) e local de trabalho. Há aqui também uma estratégia de preservação da face, pois a ideia do “não conseguir” reafirma o não-preconceito da médica, e mesmo que ela tentasse, não conseguiria pensar a respeito. Ver o mundo através das lentes da heteronormatividade, pode nos fazer pensar que todos(as) estão incluídos, até que se apresentem, que nos reivindiquem de alguma forma.

### **5.1.2 O “Discurso da Não-Diferença” e a Equidade**

Ao nos debruçarmos com mais atenção sobre esse discurso, é possível perceber que ele tem um potencial de deixar de lado o cuidado em saúde que a população LGBT necessita e ao qual tem direito. O “Discurso da não-diferença”, pode acabar por afastar a população LGBT do SUS, que passa a não cuidar e não acolher suas diferenças. Dessa forma, essas pessoas estariam invisíveis para o SUS e suas demandas silenciadas nos serviços de saúde, uma vez que suas particularidades não teriam espaço nem oportunidade para surgirem. Ao não enxergar as

diferenças e particularidades das pessoas LGBT, pode-se impedir que o SUS alcance um dos seus princípios norteadores, a equidade e é esse um dos aspectos que essa subcategoria se dispõe a discutir e a refletir sobre.

Conforme discutido anteriormente, o “Discurso da não-diferença” funciona como se trouxesse um aspecto produtivo, conforme ilustra a fala de Rogério. Para as pessoas, em especial os profissionais de saúde, pode ser bom, ser bem visto, atender a um(a) usuário(a) homossexual de forma igual aos demais. *“Foi bom, eu o atendi (paciente homossexual) da mesma forma que atendo as outras pessoas, não tem diferença não”*. (Rogério, 44 anos, Belo Horizonte)

Entretanto, o que o profissional de saúde avalia como sucesso, o(a) usuário(a) pode avaliar como fracasso, afinal, os critérios não são os mesmos. Assim, as demandas das pessoas LGBT seguem silenciadas, invisíveis, escondidas por trás de um discurso revestido de igualdade. E é essa igualdade aparentemente tão positiva que não permite que acessemos de fato essas pessoas nem, muito menos, que elas nos acessem e aos serviços de saúde também. A fala de Isabela ilustra a preocupação dos(as) médicos(as) entrevistados(as) em não tratar com distinção a população LGBT com vistas a uma suposta igualdade positiva. *“Todo mundo que chega aqui a gente faz questão de acolher e fazer o melhor possível”*. (Isabela, 30 anos, Belo Horizonte)

Cabe aqui, antes de seguirmos na análise dessa categoria, algumas breves considerações sobre o termo equidade e o SUS.

A equidade é um conceito que deve ser analisado em suas relações sistêmicas com outros conceitos em um determinado contexto - no caso, equidade e políticas sociais e SUS. No sentido mais amplo, o termo equidade se confunde com o próprio significado de justiça. Dessa forma, os termos se equivaleriam e indicariam a preocupação em se estabelecer regras justas para a organização social. Portanto, a equidade, nessa acepção mais geral do termo, se refere à

igualdade e é nesse sentido genérico que ela tem sido utilizada e entendida na saúde brasileira (Campos, 2006). Contudo, equidade e igualdade são, na verdade, conceitos complementares e não excludentes.

Seguindo linha semelhante de raciocínio, Barata (2009) diz que, ao falarmos de igualdade ou desigualdade, estamos comparando situações, sem necessariamente atribuímos juízo de valor àquilo que é igual ou desigual. Os indivíduos e os grupos sociais reúnem grandes diferenças e variabilidade com relação a muitas características. Para essa autora, falar de desigualdades em saúde é olhar para o indivíduo como um todo, levando em consideração não apenas os elementos biológicos de sua composição, mas também os fatores sociais, culturais e históricos que o permeiam. Ainda segundo ela, desigualdades sociais são diferenças no estado de saúde entre grupos definidos por características sociais, tais como riqueza, educação, ocupação, raça e etnia, gênero e condições do local de moradia ou trabalho.

É necessário também observar o conceito de equidade inserido em um contexto maior, o do SUS. O Sistema Único de Saúde foi concebido como um sistema de proteção social: uma rede de serviços e um conjunto de normas destinados não apenas aos pobres, mas ao conjunto da sociedade, já que objetivava protegê-la de agravos sanitários e garantir fatores de proteção a todos os cidadãos (de Sousa Campos, 2006). Observa-se que na Lei Federal 8080/1990, que deu as bases jurídicas para o SUS, não há referência explícita ao termo equidade. Os conceitos que aparecem em destaque na constituição do SUS são o de acesso universal e acesso igualitário às ações e serviços de saúde. Ressalta-se que a saúde é considerada um direito universal e, ao mesmo tempo, um dever do Estado. Não se deve avaliar a equidade somente com relação ao acesso, utilização de serviços e alocação de recursos, mas também considerando as desigualdades das condições de vida, que exporiam as pessoas de maneira diferente a fatores determinantes na produção de saúde e doenças (Travassos, 1997). Graças à estratégia denominada “Saúde para todos no ano 2000” (Buss & Ferreira, 2001), houve uma ligação do

conceito de equidade ao de necessidade de saúde, e não somente ao de pobreza, chegando-se a explicitar que o acesso a serviços de saúde e à proteção sanitária deveria dar-se com independência de raça, gênero, condições sociais, econômicas e culturais, obviamente levando em consideração as particularidades de cada uma dessas situações.

No intuito de colocar em prática os princípios do SUS, levando em consideração tudo o que foi discutido, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, sistematizou as chamadas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (Brasil, 2013). Algumas dessas já existiam anteriormente a essa publicação, como é o caso da política para a população negra e a política para a população LGBT, porém a sistematização desses dados e portarias trouxe a discussão à tona no cenário de construção da equidade no SUS. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), o objetivo dessas políticas é o de diminuir as vulnerabilidades a que certos grupos populacionais estão mais expostos, levando em consideração, inclusive, os conflitos interculturais e preconceitos referentes à etnia, orientação sexual, gênero, etc. Dentro dessas políticas, estão contempladas políticas de atenção à saúde para a população negra, população do campo e da floresta, população LGBT, população em situação de rua e população cigana. Apesar da grande diversidade entre esses diferentes grupos sociais, o objetivo de todas essas políticas perpassa a equidade em saúde.

Na entrevista de Olga, o “Discurso da não-diferença” surge ao final, quando a médica é convidada a avaliar a forma das ações e serviços ofertados à população LGBT na Unidade de Saúde da Família onde ela atua. Aqui é possível perceber como a não-diferença afasta do exercício pleno da equidade no cuidado em saúde das pessoas LGBT no SUS.

*Danilo: Como você avalia a forma das ações e serviços que são ofertados para a população LGBT aqui na Unidade?*

*Olga: Ofertadas aqui... Eu avalio que a gente atende eles como a gente atende a outra população sem ser eles, a população... LGBT... Mas não tem ação específica voltada para eles não, nenhuma, nenhuma. (Olga, 46 anos, Belo Horizonte)*

Olga reconhece que não há ações específicas voltadas para a população LGBT na Unidade de Saúde da Família onde ela atua, porém ela não consegue avaliar essa situação, conforme a pergunta a convida a fazer. Não existe nenhuma ação, uma vez que não há diferença da população LGBT com os demais grupos populacionais de sua área de abrangência, eles(as) são atendidos(as) de maneira igual aos demais.

Pensando no “Discurso da não-diferença” é possível que a construção feita seja mesmo essa: se não há distinção, não há necessidades de ações diferenciadas e, se essas ações não existem, isso não está ruim, pois está de acordo com a realidade dessas pessoas iguais a tantas outras para o serviço de saúde.

Com esse raciocínio, colocar em prática as ações previstas na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012) se torna difícil. As pessoas LGBT não são reconhecidas. Quando surgem (e se surgem) são ignoradas e tudo se reveste do manto da igualdade e a Política se torna desnecessária. A tentativa de exercer o conceito de equidade, na maioria das vezes, esbarra na impossibilidade de pensar as diferenças como parte da inclusão. O discurso da tolerância e aceitação parece superficial e camuflante de uma impossibilidade e incapacidade de lidar com outras formas de sexualidade (Cerqueira-Santos et al., 2010).

### 5.1.3 Qual “(não)-diferença”?

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012) afirma em seu texto que o reconhecimento da complexidade da saúde de LGBT exigiu que o movimento social buscasse amparo com outras áreas do Ministério da Saúde e, conseqüentemente, ampliasse o conjunto de suas demandas em saúde dando à Política um caráter transversal que engloba todas as áreas do Ministério da Saúde, como as relacionadas à produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado. Em seu relato, Joice aponta “a própria busca deles por maiores direitos dentro dos serviços” como algo importante:

*Danilo: Na sua opinião, deve existir uma Política específica de Saúde Integral para a população LGBT?*

*Joice: Sim.*

*Danilo: Por quê?*

*Joice: Porque, não é só pela questão do cuidado mais específico com essa população, que é necessário, a própria busca deles por maiores direitos dentro dos serviços, eu acho que é importante. (Joice, 35 anos, Belo Horizonte)*

Apesar de produzir um efeito supostamente positivo ao reconhecer a busca da população LGBT por direitos, percebe-se um certo vazio no relato de Joice. Talvez uma resposta direta àquilo que o entrevistador gostaria de ouvir, uma vez que lhe foi afirmado anteriormente acerca da existência da Política (ao perguntar, antes de saber se ela concorda com a existência da Política, se ela a conhece). Porém, não é possível identificar nesse relato um aspecto sólido do que seja essa suposta diferença afirmada. Aqui a produção da negação da diferença se mostra

pela sua afirmação. Uma afirmação vazia, simples, sem maiores conteúdos e reflexões, configurando-se como um não reconhecimento das especificidades, uma negação da diferença. Ou seja, quando supostamente se reconhece as diferenças da população LGBT, estas são reconhecidas através de um aspecto amplo, genérico, por um discurso mais uma vez socialmente correto e aceitável, porém sem o olhar para as especificidades pelo espectro da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado. Infelizmente, apesar da Política Pública ser uma afirmação dessas especificidades e necessidades de cuidado em saúde, esse discurso escancara o quão pouco efetiva é a conquista de direitos da população LGBT na sociedade atual, uma vez que, mesmo já escritos, são, até o momento, pouco (ou nunca) praticados e reconhecidos.

Hilda aponta algumas diferenças da população LGBT em relação às demais populações, porém é curioso observar como as diferenças, quando percebidas, ainda estão sob forte influência do discurso médico-científico:

*Danilo: Quais particularidades você identifica como sendo dessa população?*

*Hilda: Os riscos a que eles estão mais sujeitos, têm mais riscos de sofrer uma agressão, ou preconceito, ou mais uma dificuldade de talvez, algum transtorno de humor, pode desenvolver uma depressão com mais facilidade ou cometer algum... enfim, algumas doenças a que eles estejam mais sujeitos, então eu acredito que tenha. Depende também de cada um, da aceitação em casa, igual alguns pacientes eram muito tranquilos, não tinham nada, não tinham nenhum problema, em casa era muito tranquilo, na escola ou na faculdade. Outros já tinham todos esses problemas juntos, sabe? Então como a gente não dá pra*

*saber qual vai ter qual não vai ter, nem que seja só um apoio. Por que isso, querendo ou não, traz um transtorno, tanto pro paciente, porque é uma questão muito delicada ainda na sociedade, então eu acredito que tenha essas peculiaridades, que são mais algumas que talvez eu não conheça por eu não ter tanto acesso, tanto conhecimento a respeito disso. (Hilda, 27 anos, Uberlândia)*

Apesar de focar as diferenças da população LGBT nas questões orgânicas, Hilda inicia a ampliação do olhar para a causa do sofrimento dos(as) usuários(as) LGBT relacionado à sua aceitação. Na verdade, o maior desafio está na rejeição do outro. O sofrimento é causado não pelo fato da pessoa ser LGBT em si, mas pela reação daqueles que o(a) cercam diante de sua orientação sexual e identidade de gênero. E Hilda consegue inclusive perceber que há diferença no estado de saúde daqueles(as) que recebem essa aceitação em relação àqueles que não a encontram.

Com isso, é possível refletir que, na verdade, a população LGBT não é apenas diferente das demais, mas também diferente entre si. Existe uma diversidade na população LGBT. Não é porque as pessoas LGBT têm demandas específicas em saúde que, necessariamente, sempre irão apresentá-las ou sempre estarão doentes. A utilidade do conceito de diversidade sexual (deixando-se de lado a associação possível que ela possa ter com desigualdades e contextualizando seu uso nas questões de gênero) refere-se à legitimidade das múltiplas formas de expressão de identidades e práticas da orientação sexual e expressões das identidades de gênero (Vianna, 2015). Não há uma identidade LGBT única, mas várias. E tem-se que atentar para isso para que as políticas públicas e ações no SUS não criem um tipo de usuário(a) modelo LGBT, mas que acolham e respeitem a todos(as) eles(as) em suas ricas e mais diversas características.

*Mas eu acho que é uma população que, como as condições que a gente vive em sociedade são muito difíceis, eu acho que eles precisam de serem tratados, tem um princípio do SUS que fala isso, que se eu não me engano, é a equidade, “de tratar os diferentes de acordo com as necessidades deles”, não é tratar todo mundo igual, e cada um tem suas dificuldades e precisam ser tratados conforme as suas dificuldades. Então eu acho que é isso, eles têm uma demanda, e eles precisam ser tratados da forma que eles estão ali, não igual todo mundo. (Hilda, 27 anos, Uberlândia)*

A equidade não iguala todos(as) cidadãos(ãs) e usuários(as) do SUS em termos de tratamento. Pelo contrário, ela ressalta as diferenças não para gerar preconceito e discriminação, mas justamente para combatê-los e, conseqüentemente, não permitir que iniquidades em saúde afastem os(as) usuários(as) do cuidado que demandam. Até para se pensar em equidade no SUS, pensou-se antes em igualdade. Na lei 8080/1990 o termo utilizado é igualdade, justamente por acreditar ser esse o termo com o potencial de ação e transformação que a equidade tem.

O “Discurso da não-diferença” é, essencialmente, uma busca pela igualdade, em busca de um atendimento de qualidade, sem preconceitos. Porém, e o diálogo sobre esse assunto abre possibilidades para que isso ocorra, será possível perceber que tantas diferenças e necessidades não cabem nesse conceito de igualdade e que talvez seja ele o responsável por gerar o preconceito e discriminação que tanto se quer evitar. O caminho da equidade para a população LGBT começa com o conhecimento e o reconhecimento das pessoas e demandas LGBT no cuidado em saúde, sob o olhar ampliado da integralidade e da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado.

A recente publicação da *American College of Physicians* acima mencionada, identifica a necessidade de reconhecimento das demandas e aplicação da equidade no cuidado em saúde da população LGBT:

as pessoas LGBT compõem uma comunidade diversificada, que envolve pessoas de várias raças, etnias e origens socioeconômicas. Entretanto, é sabido que a população LGBT enfrenta uma série de desafios comuns dentro do Sistema de Saúde, que vão desde o acesso aos serviços de saúde até situações que reforçam estigmas sociais, marginalização e discriminação. Nos últimos anos foi possível compreender melhor as necessidades de saúde da comunidade LGBT e os desafios que as pessoas LGBT enfrentam no acesso aos cuidados em Saúde. Embora haja progressos na redução das disparidades de saúde na comunidade LGBT, muito mais precisa ser feito para alcançar a equidade para as pessoas LGBT no sistema de saúde (Daniel & Butkus, 2015, p. 1).

E que o reconhecimento dessas diferenças seja o fator libertador dessa igualdade que não acolhe, não cuida e afasta as pessoas dos serviços de saúde no SUS.

## **5.2 O “Discurso do não-saber”**

O “Discurso do não-saber” está presente, essencialmente, nos relatos dos(as) médicos(as) de família e comunidade ao afirmarem que não sabem quais são as demandas da população LGBT. Esse discurso também compreende as falas desses(as) médicos que, quando

interpelados por algum assunto relacionado às questões de saúde da população LGBT, dizem não saber sobre, ou mesmo não ter conhecimento desse tema. É possível também identificar esse discurso quando os(as) entrevistados atribuem esse não-saber às outras pessoas das equipes de saúde em que atuam (agentes comunitários(as) de saúde, enfermeiros(as), etc.).

Por fim, esse discurso baseia-se na responsabilização dessa falta de saber, preparo e capacitação por não se discutir a saúde da população LGBT durante e após a graduação (ou mesmo pela ausência de oferta de ações de educação permanente sobre o tema por parte da Gestão Municipal) para permitir que os(as) médicos(as) falem a respeito disso ou mesmo atuem efetivamente no cuidado com a população LGBT nos seus cotidianos de trabalho. Trata-se, sobretudo, de uma justificativa para o não surgimento, o não acolhimento ou a não presença de pessoas da população LGBT no cotidiano das equipes pelo fato dessas pessoas não saberem ou não estarem preparadas para lidar com as demandas específicas dessa população.

Para a análise do “Discurso do não-saber” essa categoria foi subdividida em outras três. A primeira delas diz da relação desse discurso com a formação médica. A segunda subcategoria aborda a reflexão acerca da responsabilização por esse não-saber. Por fim, a terceira e última subcategoria reflete acerca do “Discurso do não-saber” e o desafio da atenção integral à população LGBT, conforme será discutido adiante.

### **5.2.1 O “Discurso do não-saber” e a formação médica**

Atrelada ao “Discurso do não-saber” está a afirmação de que falta aos(às) médicos(as), em suas graduações, a abordagem da temática LGBT. A falta desse conteúdo em suas formações faria então com que eles(as) não soubessem como lidar com a população LGBT em seus cotidianos de trabalho, o que justificaria o não debate sobre o tema e também a falta de ações no sentido de acolher e cuidar das pessoas LGBT.

Nessa subcategoria pretende-se analisar como tem sido a formação médica no que diz respeito ao cuidado em saúde da população LGBT, demonstrando a articulação entre discurso e realidade, e se o não-saber é de fato limitante para permitir o acolhimento e cuidado necessários às pessoas LGBT.

Além disso, essa subcategoria permite refletir sobre a postura adotada diante do não-saber e como ela pode (ou não) transformar realidades.

Iniciamos a análise dessa subcategoria do “Discurso do Não-Saber” pelo relato de Anastácia, em que podemos observar como esse discurso limita o falar sobre a saúde da população LGBT. Cabe aqui uma reflexão: se esse discurso produz esse efeito na fala, o que ele não poderá causar no acolhimento e cuidado em saúde da população LGBT?

*“Sinceramente, eu não tenho muito, muito embasamento pra te falar isso não. Então, acho melhor não dar minha opinião, porque eu não tenho muito embasamento pra te responder não”.* (Anastácia, 24 anos, Belo Horizonte)

Anastácia começa sua fala com a palavra “*sinceramente*”, como se quisesse, de imediato, destacar sua postura de honestidade diante do relato proferido e não gerar expectativas para o diálogo que estaria por vir dali em diante. Segundo ela, não há embasamento para falar sobre o assunto e, conseqüentemente, responder a algumas perguntas. Ao ganhar a confiança do entrevistador com essa fala, Anastácia esquiva-se de exprimir sua opinião sobre o tema. Ela não sabe e, conseqüentemente, não pode falar. Portanto, não se trata de não querer falar, mas de não ter condições de falar.

Essa fala de Anastácia permite que surja o seguinte questionamento: Afinal, que tipo de embasamento é necessário para se falar sobre as condições de saúde da população LGBT? A *Association of American Medical Colleges* (AAMC), em 2007, no documento intitulado *Joint AAMC-GSA and AAMC-OSR Recommendations regarding Institutional Programs and Educational Activities to Address the Needs of Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender*

*(GLBT) Students and Patients* (que em uma tradução literal quer dizer: *Recomendações relativas a Programas Institucionais e Atividades Educacionais para atender às necessidades de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) estudantes e pacientes*) recomendou que os currículos das escolas médicas devem garantir que os(as) estudantes dominem conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para promover um excelente e amplo cuidado para pacientes LGBT ao incluir conteúdo abrangente e que aborde as necessidades específicas do cuidado em saúde dos(as) pacientes LGBT, além de permitir o treino em habilidades de comunicação com pacientes e colegas sobre as questões de orientação sexual e identidade de gênero. Vale ressaltar que a questão aqui é o uso do discurso. Alguém pode usar esse discurso mesmo tendo tido treinamento. Não se trata de ele ser falso ou verdadeiro. As pessoas usam discursos para construir fatos, e esse entendimento é fundamental para sua análise.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em Medicina (2014) abordam de forma ampla a questão de gênero e sexualidade. A sigla LGBT não aparece nesse documento, nem mesmo a palavra sexualidade. Em seu artigo 5º, as DCN afirmam que:

Na Atenção à Saúde, o graduando será formado para **considerar sempre as dimensões da diversidade** biológica, subjetiva, étnico-racial, **de gênero, orientação sexual**, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana **que singularizam cada pessoa ou cada grupo social [...]** (Brasil, 2014) – **[destaques meus]**.

As palavras gênero e orientação sexual são citadas apenas mais uma vez nesse documento, em seu artigo 12º, item II, subitem c):

postura ética, respeitosa e destreza técnica na inspeção, apalpação, ausculta e percussão, com precisão na aplicação das manobras e procedimentos do exame físico geral e específico, considerando a história clínica, a **diversidade** étnico-racial, de **gênero**, de **orientação sexual**, linguístico-cultural e de pessoas com deficiência; (Brasil, 2014) – **[destaques meus]**.

Com isso, é possível perceber como as demandas e o saber sobre a população LGBT são silenciados/negligenciados, mesmo no documento que orienta os cursos de graduação em Medicina no Brasil. Incluídos em um bojo de outras tantas singularidades dos sujeitos e coletividades, orientação sexual e gênero aparecem elencados como “mais um assunto a se considerar na formação ética”, de forma ampla e genérica. Como então considerar essas especificidades na formação e atuação médica se nem as DCN as consideram dessa forma?

O relato de Isabela permite ampliar a compreensão sobre o “Discurso do não-saber”, pois com ele é possível perceber que o “Discurso do não-saber”, também como o “Discurso da não-diferença”, é justificado com o objetivo de evitar o preconceito contra a população LGBT e, da mesma forma, pode acabar produzindo o efeito contrário.

*Eu acho que não é nada de preconceito não, acho que é às vezes a falta mesmo de conhecimento. A gente não vê isso na graduação, eu não sei nem se na especialização eles (médicos e médicas) veem isso tão a fundo. Acho que eles têm medo de pegar o caso e não estarem aptos àquilo. Eu não sei, porque não são muitos profissionais que eu conheço, lógico que tem um ou outro preconceituoso, mas o motivo principal não é esse não. (Isabela, 30 anos, Belo Horizonte)*

Interessante nesse fragmento observar o deslocamento para a terceira pessoa, para falar daquilo que não se sabe. Afinal, pode o médico não saber?

Ou seja, o cuidado não existe ou não existe como deveria e as demandas dessa população não são identificadas não pelo preconceito, mas porque as pessoas que cuidam da população LGBT não sabem como fazer esse cuidado. Se soubessem, nada disso estaria inexistente ou oculto. Esse discurso, socialmente aceito, pode acabar justamente tendo o efeito contrário, silenciando o preconceito e a discriminação, mascarando-os por meio da (suposta?) falta de conhecimento. É um discurso que tende a colocar o sujeito que o profere em uma zona de conforto que o exime da sua parcela de responsabilidade no cuidado em saúde das pessoas LGBT: “*não cuido porque não sei, se soubesse cuidaria*”.

O relato de Fabíola constitui-se em mais um exemplo do uso desse discurso e nos permite refletir sobre como muitas vezes a busca por conhecimento nos coloca diante de uma passividade limitante.

*Como eu não sei, eu tenho que ter alguém me falando “olha, isso aqui é importante olhar”. Eu não sei, então assim, chegasse alguém com mais conhecimento do que eu a respeito disso e falasse “olha gente...” igual eu só tô olhando o lado psicológico, mas alguém chegasse e falar “olha não é só o lado psicológico, tem essas outras questões pra olhar”, porque eu não sei. Pra mim é geralmente só o lado psicológico mesmo, mas é a minha... ignorância a respeito do tema, eu não sei outras questões. Por isso que eu preciso de alguém pra me instruir.*  
(Fabíola, 28 anos, Belo Horizonte)

Fabiola, além de explicitar em sua fala o “Discurso do não-saber”, diz de um certo alguém, que cumpriria o papel de instruí-la. Essa afirmação da médica me fez remeter ao modelo bancário de educação proposto por Paulo Freire, no qual os professores são reduzidos a sistemas robotizados de fornecimento de currículo lendo instruções de um roteiro para estudantes que são, eles mesmos, reduzidos a máquinas que repetem a orientação recebida (Glass, 2013).

Fabiola propõe a presença de um “certo alguém” lhe direcionando em relação ao que saber e o que fazer no cuidado em saúde da população LGBT, remetendo a esse modelo de formação (que pode, inclusive, ter norteador a formação da médica) que não estimula o aprendizado nem a formação crítica da pessoa. A médica reconhece o olhar que tem para o “*lado psicológico*” dos(as) usuários(as) LGBT, mas assume sua ignorância a respeito de mais informações sobre o tema. Entretanto, esse “certo alguém” não foi um “alguém qualquer”. Ao acionar o componente psi, há o reforço do discurso médico-científico acerca da homossexualidade, identificada como transtorno ou como causadora de transtornos.

Com o “Discurso do não-saber”, os médicos(as) eximem-se da responsabilidade do acolhimento e cuidado em saúde da população LGBT. Aqui cabe ressaltar que há uma relação entre o discurso e a realidade. O uso do “Discurso do não saber” procura ser uma justificativa para o fato dos(as) médicos(as) não acolherem adequadamente a população LGBT. Aparentemente, só de se falar em ser LGBT já caracteriza um impedimento para o atendimento. É a questão do estigma. Quando os(as) médicos(as) estão diante de outras situações que não envolvem a população LGBT e para as quais eles(as) eventualmente não tiveram treinamento para lidar, eles deixam de enfrentar essas situações também? O fato de, supostamente, não terem treinamento, não é justificativa em si para não realizarem o atendimento. Ou seja, aqui é possível perceber que os discursos fazem construir determinadas realidades.

A fala de Sueli permite que percebamos como o uso do “Discurso do não-saber” pode justificar, com uma postura socialmente aceitável, o não atendimento da população LGBT devido à falta de treinamento formal para isso. “*Eu não sei se eu estou preparada pra isso, nunca fui capacitada pra isso, na verdade*”. (Sueli, 28 anos, Uberlândia)

Estudos recentes mostraram que os(as) médicos(as) se sentem despreparados para fornecer cuidado de qualidade a usuários(as) LGBT (Fallin-Bennett, 2015). Esse artigo cita a pesquisa de Kitts et al (2010) que, segundo a publicação, apontou que 75% dos(as) médicos(as) que participaram da pesquisa concordaram que o tema orientação sexual deveria ser mais abordado durante sua formação. Fallin-Bennett (2015) também aponta que cerca de 40% dos(as) médicos(as) relataram não ter tido nenhum treinamento formal em relação à saúde LGBT durante a graduação em medicina ou durante a residência médica, enquanto que a maioria dos que relataram ter alguma formação em relação à saúde da população LGBT descreveram esse treinamento como sendo “*não muito*” ou “*de forma alguma*” útil no preparo deles para cuidar de usuários(as) LGBT. Em recente estudo que abordou a questão da saúde LGBT no currículo médico, os reitores de escolas médicas relataram uma média de duas horas desse tipo de treinamento durante os anos de formação clínica. Quando interrogados acerca da qualidade do conteúdo, 26% deles o descreveram como “*pobre*” ou “*muito pobre*” (Obedin-Maliver et al., 2011).

No Brasil, a situação tende a não ser diferente. Aqui, a formação dos estudantes de medicina para a assistência integral em saúde sexual é pouco conhecida (Rufino et al., 2013). Há escassez de estudos empíricos sobre o ensino da sexualidade humana nos currículos médicos, com desconhecimento a respeito de como a sexualidade é ensinada, quais conteúdos são trabalhados e como são ofertados (Rufino et al., 2013). Escolas de enfermagem, medicina e psicologia raramente oferecem treino aos profissionais que considerem as especificidades da

população LGBT (Moscheta, 2011). As respostas que surgiram nas entrevistas acerca desse tema nos dão uma noção disso, conforme é possível observar a partir do relato de Hilda:

*Olha, eu acho que a princípio, assim, na Universidade eu não tive contato com esse tipo de trabalho, sabe? Então eu não sabia como abordar, eu nunca tinha ido no ambulatório da Flávia<sup>9</sup> e aí eu não tinha essa experiência, não tinha lido nada a respeito, não tinha estudado, não tinha passado por nada até então que tivesse me motivado a buscar o conhecimento, depois que eu tive contato com ela (uma paciente transexual) aí eu li algumas coisas depois até passei por outras experiências, mas me faltou essa, o conhecimento mesmo eu acredito de ter a experiência. (Hilda, 27 anos, Uberlândia)*

A fala de Sueli é complementada pela de Hilda. Apesar da graduação delas ter ocorrido em Instituições distintas, a falha identificada na formação por ambas foi a mesma. Hilda acrescenta em seu relato que adquiriu o conhecimento por meio da experiência do atendimento de uma usuária transexual que a procurou na Unidade para renovação de receita médica de prescrição de tratamento hormonal. Sem nunca ter tido contato com esse assunto ou situação durante sua formação, Hilda procurou profissionais e referências teóricas a respeito do assunto, o que permitiu ampliar seus conhecimentos e ampliar o acolhimento e acesso da população LGBT em sua Unidade. O ideal é que isso não dependa de iniciativas individuais, mas que inicie desde a concepção dos currículos médicos e perpassse todos os momentos de formação desses(as) profissionais, mesmo após o término de suas graduações. No caso de Hilda, a busca por romper com o ciclo e os impactos do não-saber foi feita por si mesma, na busca de uma

---

<sup>9</sup> Referência à Profa. Dra. Flávia do Bonsucesso Teixeira, coordenadora do Ambulatório de Atendimento Integral em Saúde para Travestis e Transexuais na Universidade Federal de Uberlândia.

melhor atuação profissional. Afinal, a ignorância é a condição legítima da aprendizagem. Se não sabemos, em nada justifica-se o esforço de querer saber (Goya, 2008).

Noêmia também diz da falta de formação para cuidar da população LGBT. Ela utiliza do “discurso do não-saber” para justificar o seu (não) lidar com as pessoas LGBT.

*Não sei te falar, talvez a gente poderia ter capacitação para isso, para melhorar o nosso atendimento a essa população, eu me vejo um pouco despreparada nesse sentido, igual você me pergunta “Quais são as dificuldades e tudo”, eu não sei mesmo, então talvez falte capacitação né, para nós nesse sentido. (Noêmia, 34 anos, Uberlândia)*

Noêmia, portanto, conclui que falta formação e capacitação para cuidar das pessoas LGBT. Entretanto, não é possível saber se realmente falta essa formação para as pessoas entrevistadas. Mas porque então eles(as) falam isso? Não se trata apenas de não ter uma formação para cuidar da população LGBT mas sim de se ter uma justificativa para justificar o não-atendimento ou o atendimento não-adequado às pessoas LGBT.

### **5.2.2 O “Discurso do não-saber”: responsabilidade de quem?**

Apesar da não existência de formação e capacitação na área, conforme explicitado acima, muitos(as) médicos(as), em seus relatos, demonstram transferir a responsabilidade da ação de romper com essa postura do não-saber para o(s) outro(s). Rogério reforça a necessidade de capacitação e aborda um pouco esse aspecto do assunto:

*Porque as pessoas têm noções básicas, o que eu estou te falando, a pior coisa é a discriminação, é uma das coisas ruins, a outra são as doenças, a AIDS, então prevenção, terapia para o cara suportar lidar com a diferença dele. [...] Eu acho o seguinte, eu acho talvez alguém viesse dar uma palestra, por exemplo, para poder orientar, o que a gente deva fazer alguma coisa assim para melhorar a qualidade né. [...] O que pode fazer é isso, e dar um foco maior, começando com alguém orientando a gente, para fazer isso, isso, isso. Pessoas mais experientes, para orientar a gente. [...] Como eu estou te falando a gente precisa, ter mais pessoas capacitadas para orientar a gente aqui.*

(Rogério, 44 anos, Belo Horizonte)

Interessante observar a fala de Rogério: “o cara suportar lidar com a diferença dele”. Conforme discutido anteriormente, automaticamente a “*diferença*” é tida como patológica e necessária de intervenção terapêutica. E também é como se a pessoa fosse culpabilizada por algo que está nela (“*a diferença dele*”) e, não necessariamente, fora do alcance médico ou do serviço de saúde. Por vezes, parece até mesmo ter sido a pessoa que buscou sair da regra de uma sociedade heteronormativa e, dessa forma, como a diferença é dela, ela deve suportar lidar com as consequências dessa transgressão da norma.

Mais uma vez, a responsabilidade da compensação desse não-saber está no outro: alguém deve vir, dar uma palestra e dizer o que deve ser feito. Como se o cuidado em saúde da população LGBT fosse único, uma receita de bolo, composta por um passo a passo robótico (“*isso, isso, isso*”) e certo, transferido unidirecionalmente para aqueles(as) que não sabem o que fazer diante dessa população. E esse tipo de aprendizado e forma de aprender e atender

peças acabam não sendo específicas da população LGBT. Afinal, esse não é o jeito geral de aprender na saúde atualmente? Afinal, assim se expressam os protocolos de atendimento hoje.

Como já discutido anteriormente, é sabido que o cuidado primário em saúde à população LGBT é comprometido por deficiências em conhecimentos e habilidades específicas em relação à população LGBT entre profissionais de saúde (Baker & Beagan, 2014). Entretanto, outras questões também afastam a população LGBT do cuidado em saúde, como ambientes inóspitos nos serviços de saúde que estigmatizam os(as) pacientes LGBT e a falta de políticas e parâmetros para uma melhor prática (McNair & Hegarty, 2010).

Muitas vezes o “Discurso do não-saber” estrutura-se por meio de uma culpabilização do sistema pelo não saber: *“não sei porque não me ensinaram na faculdade ou porque a gestão não me oferece capacitação para tal”*. Todavia, todas essas questões aqui citadas devem ser levadas em consideração para que a procura por falhas e potenciais responsáveis pelo cuidado da população LGBT nos serviços de saúde seja feita com vistas à melhoria do acolhimento e acesso das pessoas LGBT no SUS e não simplesmente para apontar culpados e transferir a responsabilidade das transformações e melhorias para os outros, para o Sistema, como se os(as) profissionais também não tivessem capacidade suficiente para buscar romper com o comodismo que o conforto da ignorância proporciona. Enquanto nos debruçarmos em apontar culpados sem perspectivas de intervir na causa de todas essas falhas, estaremos perdendo tempo, afastando as pessoas LGBT do cuidado em saúde que elas demandam e ao qual têm direito.

Adolfo ressalta a falta de formação para lidar com o tema, mas associa também a dificuldade e manutenção do não saber a outro aspecto de sua formação:

*A formação, a gente não tem uma formação muito, muito específica pra lidar com as diferenças, a gente ainda traz muito o ranço<sup>10</sup> nosso que eu falei inicialmente, e é complicado a pessoa largar isso, pra saber como atender. (Adolfo, 43 anos, Belo Horizonte)*

Adolfo demonstra um dos aspectos que talvez faça com que a transferência da ruptura do não-saber seja feita a um(a) terceiro(a). Talvez romper com nossas barreiras e dificuldades para enxergar a população LGBT e direcionar ações de cuidado para ela esteja muito além da formação apenas nos espaços formais da educação, mas sim, esteja presente na nossa constituição enquanto pessoas que somos hoje, com tudo aquilo que absorvemos ao longo de nossa história e, romper com quem somos e acreditamos para pensar diferente e buscar o saber, é sempre um processo difícil. E a atitude do profissional, repleta de aspectos da formação em uma sociedade heteronormativa, influi no acolhimento e na relação médico-paciente com a população LGBT. Na maioria das vezes, quando se observa atitudes dos(as) médicos(as), é possível perceber que o alcance de suas crenças acerca das pessoas LGBT geralmente refletem aquelas da sociedade em geral (Bonvicini & Perlin, 2003). E isso, com certeza, reflete no acolhimento e na qualidade do cuidado em saúde oferecido às pessoas LGBT. Como acolher e cuidar se considero que aquela pessoa está fora da norma estabelecida e aceita pela sociedade na qual me incluo? Os profissionais da saúde devem desafiar suas próprias atitudes e premissas para se tornarem cuidadores que não julgam (Müller, 2013).

Apesar de dizer não saber como seria um serviço de qualidade para a população LGBT na Atenção Básica, a fala de Zilda nos permite a reflexão sobre um aspecto da contemporaneidade: a discussão acerca da população LGBT nas mídias, mais especificamente

---

<sup>10</sup> No início da entrevista com Adolfo, há a seguinte fala: “Eu tenho quarenta e três anos. [...] Então eu tenho um ranço machista grave, né?! Por mais que eu tente, ou seja, as piadinhas estão ali, aquele humor sarcástico, tipo piadinhas da minha época de infância, com aquelas formações pejorativas com a comunidade LGBT; ela é uma coisa que vem da minha infância. E para desconstruir isso, eu ainda estou desconstruindo isso”.

na mídia televisiva. Afinal, se não se sabe e busca-se um responsável por esse não saber, teria ficado com a televisão a responsabilidade de “ensinar” a acolher e aceitar a população LGBT? *“Apesar da televisão hoje estar tentando fazer com que as pessoas aceitem melhor, mas eu não sei, não sei te falar que serviço, como seria o serviço de qualidade para essa população na atenção básica”*. (Zilda, 41 anos, Belo Horizonte)

A fala de Zilda passa a impressão de que a aceitação da população LGBT na sociedade atual está se dando por um processo mediado pela mídia televisiva. Bem mais que espelhos, as mídias, apresentam-se como lugares vitais de visibilidade, conhecimento e identificação social (Leal & Carvalho, 2012). Por isso, quando se aborda a questão LGBT nas mídias, como o caso da televisão citada por ela, o assunto chama a atenção e abre espaço para debate na sociedade.

Ao buscar explicações sobre o recente fenômeno da visibilidade homossexual/lésbica, Trevisan (2000) e Nunan (2003), embora partindo de perspectivas distintas, argumentam que, apesar de ter havido uma maior inclusão da diversidade de modelos de pessoa nos meios de comunicação, a visibilidade da homossexualidade/lesbianidade se deve a esta ter se tornado também um produto rentável para os meios de comunicação. Incluir a diversidade se tornou prática bem vista por aqueles/as que buscam uma mídia mais democrática e sintonizada com a variedade de modelos de pessoas e de práticas sexuais que compõem a sociedade, mas é também uma estratégia para alcançar públicos potencialmente importantes para o consumo. Para ambos os autores, a mídia despertou para o público consumidor gay e lésbico. Assim, é compreensível que o poder da mídia televisiva em converter pautas e “problemas sociais” em produtos faz

parte da lógica que rege as redes de TV, afinal, elas são empresas que visam também ao lucro. (Borges, 2008, p. 66)

Para Zilda, é como se os meios de comunicação quisessem mediar junto à sociedade a aceitação, como se o respeito e a compreensão fossem elementos desnecessários desse processo e, querendo ou não, compreendendo ou não, respeitando ou não, as pessoas teriam que aceitar o que a mídia estava dizendo acerca das pessoas LGBT. Zilda associa a presença dessa aceitação com um serviço de qualidade às pessoas LGBT. É como se mesmo diante de um cenário no qual a aceitação é trazida de forma unilateral por agente externo (a televisão), ainda assim não se soubesse de serviços de qualidade voltados para o cuidado em saúde da população LGBT. De fato, pensar em serviços de qualidade para uma população que tem sua aceitação social mediada “*pela televisão*” não será possível. Além disso, Zilda reforça a necessidade da educação e capacitação para a mudança dessa realidade:

*Dentro da unidade seria bom, deveria ter que ter também mais educação, para poder capacitar as pessoas para poder atender as demandas desse paciente, poderia ser numa unidade básica de saúde, já que a gente trata da atenção primária, mas qual tipo de serviço seria prestado eu não saberia te informar. (Zilda, 41 anos, Belo Horizonte)*

O sentido da fala de Zilda é que a televisão está tentando passar uma imagem de aceitação. Observa-se o uso do verbo capacitar no infinitivo. Não há um alguém responsável por essa ação. O verbo está lançado, conjugue-o quem se sentir melhor para fazê-lo. Zilda reconhece o papel da atenção primária no cuidado da população LGBT, mas ainda persiste no “Discurso do não-saber” em relação ao que deve ser feito e que tipo de serviço deve ser

prestado. Quem conjugará o verbo para Zilda e para a sociedade? Deixaremos que “a televisão” o faça? Ou seremos nós os atores e as atrizes da transformação social que queremos ver no mundo?

No sentido de buscar responsáveis pelo não-saber, em alguns momentos, os(as) médicos(as) tentam encontrar (ou até mesmo transferir) no outro esse não-saber. É como se com isso, eles(as) não tivessem que assumir sozinhos as responsabilidades e encargos desse não-saber. Pietro atribui o “Discurso do não-saber” também a outros membros da equipe de Saúde da Família, os(as) agentes comunitários(as) de saúde:

*Danilo: E os Agentes Comunitários de Saúde trazem para a Unidade demandas da população LGBT?*

*Pietro: Não, até hoje nunca chegou nada.*

*Danilo: E por que que você acredita que eles não trazem essas demandas?*

*Pietro: Desconhecimento de informação. Como é que você vai trazer uma demanda se você não sabe que ela existe? Ou se sabe, não sabe como abordar? [...] E eu vejo que muitos médicos, isso eu até acredito, tenho quase certeza que muitos não veem isso não, ou seja, por ser pessoal ou por falta de treinamento médico. (Pietro, 42 anos, Belo Horizonte)*

A falta de treinamento e capacitação de outros profissionais de saúde, como no exemplo de Pietro, os(as) agentes comunitários(as) de saúde, já é também relatada na literatura (Bonvicini & Perlin, 2003). Como trazer ou abordar uma demanda se não se sabe da existência nem mesmo de como agir diante dela? Pietro amplia o olhar para outros(as) médicos(as),

dizendo que acredita que muitos(as) desses(as) não veem isso, porém ele vai além do simples não-saber e atribui isso a uma outra causa: a causa pessoal. O que seria essa causa pessoal não ficou claro na entrevista e pode nos remeter a várias análises. Poderia ser simplesmente uma postura de Pietro para evitar justificativas ou elucubrações. É algo pessoal, do outro. E o que é pessoal é do âmbito privado, ou seja, essa não seria uma questão para uma política pública. Não está em mim e não posso ultrapassar a barreira do outro para tentar atingir essa informação. Poderia ser uma tentativa de proteção dos(as) colegas médicos(as), transferindo para eles(as) uma resposta que, se quisessem, não precisariam dar, por se tratar de algo pessoal. Poderia ser uma referência àquilo que Adolfo denominou “ranço”, uma espécie de herança da criação em uma sociedade heteronormativa. Ou poderia simplesmente não ser nada disso e ser simplesmente algo que não possamos imaginar, conforme o exemplo abaixo, do próprio Pietro:

*Danilo: O que você acha que precisaria ser abordado (em uma capacitação acerca da saúde integral da população LGBT)?*

*Pietro: Pontos que talvez fujam da imaginação, a crença comum nossa. Alguém que pesquise, que vá fundo no caso, que de repente demanda alguma coisa que eu não possa nem imaginar que de repente a população passe, a população possa sofrer, então trazer isso pra gente seria muito importante. Porque de repente eu faço uma ação e tudo, mas com ideias pré-concebidas, também, com coisas escassas, que de repente eu tenha lido aqui ou lá, mas que eu possa não tá atingindo aquele ponto porque eu realmente desconheço”. (Pietro, 42 anos, Belo Horizonte)*

Pietro supõe, então, que o pesquisador tem um conhecimento (que vá a fundo) e que possa revelar coisas que eles(as) (os(as) que não sabem) sequer conseguem imaginar. Talvez sejam essas as demandas da população LGBT e que não chegaram até hoje aos serviços de saúde por estarem em um outro universo, longe do seu alcance, algo que nem sequer se possa imaginar. Mais uma vez a postura do recebimento passivo de conhecimento do outro é colocada. A ação pode até estar boa, mas pode ser que exista algum não-saber que impeça os(as) médicos(as) de não estarem atingindo aquele ponto (seja lá que ponto for esse) e esse(a) pesquisador(a) poderia passar essas informações para, assim, enfraquecer esse não-saber.

Ainda tentando encontrar o(a) responsável pelo não-saber, Noêmia associa o “Discurso do não-saber” à pouca experiência com usuários(as) LGBT em sua área de abrangência. Há aqui também mais um movimento de responsabilização do outro: não sei porque não tenho experiência, não tenho experiência porque a população LGBT não procura o serviço.

*A experiência é pouca, querendo ou não, eu acho que, eu não sei se talvez eles não procuram tanto o serviço. Pelo menos a minha experiência é pouca, assim... eu achei, entendeu? [...] Eu não sei se é geral, em todas as unidades, se a procura é pouca mesmo ou se é lá na minha unidade. (Noêmia, 34 anos, Uberlândia)*

Entretanto, será que as pessoas LGBT não procuram o serviço porque realmente não querem ou porque falta acolhimento e motivação para buscar nesse espaço a resolução de suas demandas? Na discussão da categoria “Discurso do não-querer” abordaremos com mais afinco essa temática.

Noêmia também agrega ao não-saber um aspecto mais geral da população LGBT na Estratégia Saúde da Família ao tentar refletir que talvez seja essa uma questão apenas da sua

Unidade, se não ocorrer nas demais também (o que ela não sabe afirmar por, segundo ela, não saber se isso ocorre ou não).

Olga, em muitos aspectos, concorda e complementa o que foi dito por Noêmia. A seguir, o primeiro trecho dessa entrevista:

*Danilo: Quando você teve esses atendimentos à população LGBT que você citou, você sentiu que estava preparada para conduzi-los?*

*Olga: É. Preparada... não. Igual você está me falando, você questionou em relação à sexualidade dele? Eu não sei se eu deveria estar questionando isso, entendeu? Então nesse sentido eu nunca fui preparada para fazer o atendimento dessa população, não. Assim, eu penso mais no sentido, “deixa eu ver se ele tem alguma doença” e vou orientar a usar preservativo, a ter cuidado, promiscuidade, essas coisas. Mas questionar esse assunto, não. Eu fico meio um pouco sem jeito. (Olga, 46 anos, Belo Horizonte)*

Aqui Olga adota a postura de, diante do não-saber, olhar para as doenças orgânicas que o(a) usuário(a) possa apresentar. Como não consegue ou mesmo não se sente preparada para abordar e lidar com as pessoas LGBT, Olga procura se há alguma doença no(a) usuário(a). Curioso observar que, ao pensar no cuidado em saúde que pode oferecer à população LGBT, Olga pensa justamente nas questões associadas à sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Diante de não-saber exatamente o que fazer nem de sentir-se preparada para tanto, ela opta por orientar acerca de comportamentos da vida sexual da pessoa (evitar comportamentos promíscuos, como se ser da população LGBT já significasse, de imediato, vida sexual promíscua e diagnóstico de DST, o que reaviva o preconceito que une a ideia de

homossexualidade com desvio), mas exime-se, segundo ela, por não ter jeito para isso, de conversar sobre a sexualidade do(a) usuário(a), ou seja, adota uma postura prescritiva antes de adotar uma postura de acolhimento e diálogo. Ela parece buscar mostrar que faz algo, que se esforça e tenta atuar conforme o que sabe, apesar de fazer uma autoavaliação crítica.

Diante do exposto anteriormente, torna-se fundamental não apenas a existência, mas a efetivação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2012), pois ela tem o potencial de informar e formar conhecimento quanto a estratégias necessárias de ação em saúde, diante da especificidade das vivências de pessoas LGBT, qualificando ações e provocando transversalmente diversas áreas técnicas, objetivando a integralidade e a equidade (Lionço, 2008), evitando condutas baseadas em suposições, conferindo segurança às ações dos(as) médicos(as) que cuidam das pessoas LGBT.

### **5.2.3 O “Discurso do não-saber”: o desafio da atenção integral às pessoas LGBT**

A seguir, temos alguns trechos da entrevista com Diógenes. Esse médico expressou em diversos momentos do diálogo o uso do “Discurso do não-saber” reforçando todos os elementos teóricos discutidos anteriormente nessa categoria de análise. Inicialmente, ele é utilizado até mesmo na avaliação dos demais membros da equipe:

*Danilo: Os demais membros da equipe estão preparados para atender as demandas da população LGBT?*

*Diógenes: Não sei.*

*Danilo: Por quê?*

*Diógenes: Como eu te falei no começo, talvez tenha mais coisa pra fazer pra população que eu não tô sabendo. (Diógenes, 46 anos, Uberlândia)*

Em seguida, o “Discurso do não-saber” foi utilizado na avaliação das ações ofertadas à população LGBT pelo Sistema Municipal de Saúde:

*Danilo: E como que você avalia a organização das ações e serviços que são ofertados à população LGBT pelo Sistema Municipal de Saúde?*

*Diógenes: Eu desconheço, eu não sei que ações eles fazem, eu não sei.*

*Danilo: Então como o senhor avalia a qualidade dessas ações?*

*Diógenes: Não sei. (Diógenes, 46 anos, Uberlândia)*

Aqui percebe-se o reforço do desconhecimento das ações voltadas à população LGBT. Não se sabe se existem demandas específicas, logo, não se preocupa em saber se existem serviços e ações específicos, logo, não é possível avaliar se ter ou não isso é bom ou ruim. Ao final, é possível perceber como a necessidade do saber sobre a população LGBT é abordado de forma ampla, sem muitas especificidades. “*Danilo: O senhor acha então que falta o saber sobre esse assunto? Diógenes: É. Danilo: E se esse saber existisse? Diógenes: Talvez pudesse ajudar mais*”. (Diógenes, 46 anos, Uberlândia). Talvez diante de tantos “nãos” de Diógenes, tenha faltado uma postura ativa do entrevistador de buscar lidar e conversar sobre esse não. Uma pergunta que poderia ter sido feita, nesse caso e talvez auxiliasse à melhor compreensão do significado real de tantas negativas, é: “E você acredita que esse saber é necessário?”

Ou seja, não é certo que esse saber de fato ajudará mais. Pode ser que ele ajude. Talvez ele ajude. É como se Diógenes, apesar de perceber o não-saber, não soubesse afirmar se de fato é a presença dele única e tão somente que ajudaria mais a população LGBT. Talvez outras ações e atitudes dos profissionais e gestores pudessem ter um maior impacto, mas o não-saber era tamanho, que sequer sobre isso foi possível conversar ou refletir. Entretanto, mesmo os estudos que abordam a ausência da temática LGBT na formação médica, não apresentam constatações muito conclusivas sobre a forma de se fazer essa qualificação e se de fato ela será efetiva. Afirma-se que o preconceito contra a população LGBT apresenta-se como um grande problema que a educação médica deve buscar solucionar para amenizar as inequidades em saúde, mas os recursos apresentados apresentam ainda apenas promissoras possibilidades para a educação e a pesquisa (Burke et al., 2015).

O desconforto de Diógenes diante do não-saber ou mesmo da própria temática que incomoda era tamanho que, ao final da entrevista, não conseguiu deixar de demonstrar seu alívio pelo fim daquela conversa. *“Danilo: Bom, partindo agora para a reta final de nossa entrevista... Diógenes: UFA! (risos).”* (Diógenes, 46 anos, Uberlândia)

Não sei se o incômodo do assunto, ou o incômodo gerado por tamanho não-saber ou mesmo o incômodo pela reflexão que a entrevista proporcionou. Mas fato é que, pensar, refletir, procurar saber, cansa e nem sempre é desejado ou produtivo por aquele que não-sabe. Talvez seja melhor mesmo permanecer na ignorância, pois só assim é possível justificar a invisibilidade da população LGBT na Estratégia Saúde da Família no SUS.

O “Discurso do não-saber” é reforçado por Noêmia quando convidada a refletir sobre as doenças e/ou agravos que mais acometem a população LGBT na atualidade:

*Danilo: Na sua opinião, quais seriam as doenças e/ou agravos que mais acometem a população LGBT atualmente?*

*Noêmia: Ah, eu vou falar aqui o que eu acho, acho chutando mesmo, porque assim, eu não leio a respeito, não estudo a respeito, entendeu? E não atendo muito também, então... deixa eu pensar. Não sei...*  
(Noêmia, 34 anos, Uberlândia) – *[destaques meus]*.

Como vimos anteriormente, falta treinamento e formação para cuidar melhor da população LGBT. Para saber cuidar da população LGBT é realmente necessário ler, estudar e atender pessoas dessa população. Estudantes e profissionais da área da saúde devem compreender como a exclusão social, o estigma e a discriminação afetam a saúde da população LGBT (Müller, 2013). Se fosse outro tema, seria tratado da mesma forma?

Porém, antes dessas questões que não exigem que as pessoas sejam necessariamente especialistas no assunto, é necessário interessar-se por saber, estudar, ler, conhecer e atender às pessoas LGBT. Se não há uma postura de acolhida, de nada adianta ter todo o conhecimento a esse respeito. Segundo Moscheta (2011), a atenção ao momento da relação e a recusa à procura por explicações definitivas cria aberturas para que usuários constantemente descritos a partir de uma suposta peculiaridade subjetiva, possam ensaiar uma nova possibilidade de existir. A universalidade do direito à saúde requer que se proponham estratégias de acolhimento e atenção específicas, de acordo com as particularidades dos sujeitos que buscam os serviços de saúde (Lionço, 2008).

Os destaques no relato de Noêmia permitem elucidar como a questão do não-saber é ressaltada em sua fala, o que demonstra o receio de falhar ou mesmo receio do que dizer. É como se essa entrevista precisasse de respostas absolutamente corretas (mesmo tendo sido comunicada no início da conversa sobre os objetivos da pesquisa e sobre esta não se compor de perguntas que buscassem o que é certo e o que é errado nesse assunto) e o erro fosse altamente julgado e punido. Diante dessa angústia, Noêmia não se permitiu sequer pensar sobre o assunto.

Quando permitiu uma abertura, dizendo “*deixa eu pensar*” imediatamente completou a frase com um “*não sei*” para evitar o erro ao se pensar sobre uma área ou assunto até então desconhecido.

Os profissionais de saúde, normalmente, associam falhas nas suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições (Rosa & Perini, 2003). A formação dos profissionais que lidam com vidas humanas é fortemente marcada pela busca da infalibilidade e na graduação ou nos treinamentos em serviço, a mensagem que predomina é a de que “*os erros são inaceitáveis, porque um doente está em suas mãos*”. É nesses processos que inicia-se e perpetua-se a extrema dificuldade de médicos e outros profissionais lidarem com o erro humano nas organizações de saúde (Rosa & Perini, 2003). A profissão médica exige do profissional de fato uma postura correta, pois erros podem condenar vidas inteiras, mas se não nos permitirmos sequer pensar a respeito de um assunto antes de praticá-lo, como poderemos aperfeiçoar nossas práticas? A ignorância absolve nossas consciências do pensar e refletir crítico que, muitas vezes, passa longe do conforto e da satisfação. O medo de errar e a busca de justificá-lo por meio do conforto da ignorância que o “Discurso do não-saber” proporciona pode ser um fator limitador se quisermos repensar o cuidado em saúde que vem sendo prestado à população LGBT.

Conversando com Olga, ela também pede por palestras (e mais uma vez surge a necessidade da transmissão vertical do conhecimento) e revela ter uma dificuldade pessoal para lidar com esses atendimentos:

*Olga: É na rede, eu acho que se vier com a gente eu estou de portas abertas também, eu só acho que às vezes eu não esteja tão preparada até para lidar com essa sexualidade, entendeu? Talvez se eu tivesse*

*algumas palestras, algumas orientações, talvez eu pudesse orientar melhor.*

*Danilo: Entendi.*

*Olga: E abordar melhor, eu tenho às vezes até uma dificuldade minha, entendeu?*

*Danilo: Pessoal...*

*Olga: Pessoal, é.... de perguntar... (Olga, 46 anos, Belo Horizonte)*

O que seriam as portas abertas de Olga? Seriam as portas de seu consultório ou as portas de um diálogo construtivo? Pelo seu relato, tende-se a crer que, na verdade, as portas físicas da Unidade e do consultório médico estejam abertas, porém sua dificuldade pessoal a impede (e muito provavelmente impede a outros profissionais da saúde também) de abrir as verdadeiras portas do acolhimento, que começa com o diálogo e escuta ativa do(a) usuário(a) e permite ao profissional a percepção do sujeito em sua integralidade. Só assim para reconhecê-lo efetivamente em suas demandas e necessidades em saúde.

Joice também tece breves reflexões e suposições acerca desse “não-saber”:

*Talvez tenham muitos casos que a gente desconheça, muitos casos em que eles não procuram o atendimento, talvez eles estejam mais expostos a alguma doença, e que ainda não foram descobertas por nós, ou diagnosticadas, e que a gente não conseguiria evitar. (Joice, 35 anos, Belo Horizonte)*

Talvez a demanda e as pessoas existam (mas novamente reforçando que são eles(as) que não procuram o atendimento), talvez essas sejam pessoas reais, que necessitam dos cuidados

em saúde, porém Joice conclui que essa situação pode não ter sido ainda descoberta por nós (no caso, médicos(as) de saúde da família). E talvez seja essa mesmo a ação que falte. Descobrir, tirar a coberta que esconde, mostrar, explicitar, enxergar que a população LGBT existe e necessita desse acolhimento e cuidado em saúde.

Para concluir a análise dessa categoria, temos a fala de Hilda, que aponta uma possível busca pelo saber na tentativa de acolher e cuidar das pessoas LGBT no SUS:

*Uma vez escutei de uma psicóloga, não lá da Unidade, porque lá é um psicólogo, que ela não sabia lidar porque ela não tinha experiência, porque envolve, você tem que ler, estudar, saber abordar o paciente, sem que ele sinta culpa, então eu senti que alguns profissionais tinham dificuldades como eu tive. (Hilda, 27 anos, Uberlândia)*

O “Discurso do não-saber” pode gerar uma sensação de ignorância que absolve a pessoa da angústia de “não-saber” e de, conseqüentemente, não lidar com uma certa temática ou grupo populacional. É como o estudante que se alivia com uma nota ruim ao constatar que “*não sabia aquele assunto e, portanto, não teria como acertar esse ou aquele item em uma avaliação*”. Essa sensação pode ser ainda melhor quando complementada pelo sentimento de “*não sabia porque não me ensinaram*”. A culpa está no outro. Na formação que a faculdade não deu. Na capacitação que a gestão não ofereceu. Aí sim, a “desresponsabilização” é completa. Não sei, porque o outro não permitiu que eu soubesse.

Hilda permite que reflitamos que dificuldades existem e que a assistência em saúde à população LGBT apresenta necessidades de qualificação que, se respondidas, contribuiriam na construção de um projeto de saúde pública equânime, integral, inclusivo e sensível às diferenças (Moscheta, 2011).

Ao longo de todas as entrevistas realizadas, foi possível perceber também que o “Discurso do não-saber” é reiterado por todos(as) os(as) médicos entrevistados(as) nesta pesquisa, quando dizem do seu não conhecimento acerca da Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT.

### **5.3 O “Discurso do Não-Querer”**

Chamamos de “Discurso do Não-Querer” aquele dito pelos(as) médicos(as) entrevistados(as) nesta pesquisa e que diz, essencialmente, que a população LGBT não procura os serviços de saúde porque não quer ou porque simplesmente não tem demandas ou necessidades em saúde (ou mesmo porque não tem necessidades específicas de saúde). É como se a falta de ações específicas para a população LGBT ou mesmo a ausência das pessoas LGBT nos serviços de saúde fossem justificadas pelo não-querer ou mesmo pela não-necessidade dessas pessoas de estar ali e procurar pelas ofertas do serviço de saúde.

Além disso, esse discurso permite identificar a construção de um perfil com características da população LGBT na visão dos(as) médicos(as) entrevistados(as). Ou seja, para explicar a ausência da população LGBT na Estratégia Saúde da Família, são designados às pessoas dessa população atributos que as caracterizam e que buscam justificar esse não-querer, o que também nos permite identificar qual é a imagem que os(as) médicos(as) entrevistados(as) elaboraram da população LGBT, mesmo com a ausência declarada dessas pessoas no serviço de saúde.

Esse discurso também produz uma importante culpabilização do sujeito no seu cuidado em saúde. Isso ocorre ao atribuir-se única e exclusivamente a ele a responsabilidade de procurar o serviço de saúde.

Ademais, o “Discurso do não-querer” nos permite refletir sobre o papel da Estratégia Saúde da Família e da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT (Brasil, 2012) no Sistema Único de Saúde, trazendo à tona uma importante discussão acerca da autonomia dos sujeitos e da responsabilidade relacional no cuidado em saúde.

Para a análise do “Discurso do não-querer” essa categoria foi subdividida em outras três. A primeira delas aborda a caracterização da população LGBT que esse discurso produz. A segunda subcategoria aborda a relação desse discurso com o SUS e a Estratégia Saúde da Família, permitindo refletir sobre o papel destes no cuidado em saúde da população LGBT. Por fim, a terceira e última subcategoria aborda a relação desse discurso com a autonomia dos sujeitos, em uma forma de respeito a princípio, libertador, mas que na verdade acaba por fazer mal a essas pessoas.

### **5.3.1 O “Discurso do não-querer” e a caracterização da população LGBT**

O impacto desse discurso perpassa o silenciamento das demandas em saúde da população LGBT, bem como tende a desqualificar a necessidade de ações específicas voltadas para essa população, uma vez que suas necessidades não são explicitadas/reconhecidas (segundo esse discurso porque eles(as) não querem o serviço de saúde ou mesmo não têm demandas para estar nesses serviços) e, ao culpabilizá-los(as) por esse não surgimento, a equipe e o sistema de saúde se eximem de qualquer responsabilidade ou ação em prol do cuidado em saúde dessas pessoas.

Começamos a análise desse discurso com a fala de Rogério:

*Por que esse negócio é o seguinte: às vezes a própria pessoa mesmo desiste, talvez o paciente não quer mais falar sobre isso, não quer*

*procurar mais, acho que mais é isso. [...] As próprias pessoas desse grupo aí, não querem.* (Rogério, 44 anos, Belo Horizonte)

A fala de Rogério permite que identifiquemos o “Discurso do não-querer”. Ou seja, a própria pessoa não quer buscar o serviço de saúde. Nesse sentido, é possível identificar uma das características desse discurso que é a culpabilização dos sujeitos. Segundo esse discurso, não se tem dados ou informações sobre as necessidades para o cuidado em saúde da população LGBT porque essa população não quer estar no serviço de saúde. É como se fosse do indivíduo a responsabilidade total por acessar e usufruir de uma Unidade de Saúde da Família. Rogério aponta sujeitos que desistem, como se fossem pessoas fracas, sem vontade o suficiente para seguir na luta por si próprias. Quando começam, logo abandonam, pois não têm forças o suficiente para cuidar de si.

Além disso, Rogério não nomeia a população à qual se refere. Diz “*esse grupo aí*”. O grupo não está aqui, próximo. Está aí, abandonado, sem local, sem identidade, sem necessidade, sem querer, sem nome e sem cuidado. O silenciamento nesse caso se dá pela distância, pela indiferença, pelo não reconhecimento que sequer dá uma denominação ao grupo de pessoas LGBT. Aqui temos representada a noção de sujeito abjeto (Butler, 2000), conforme elucidado pela citação que segue:

Esta matriz excludente pela qual os sujeitos são formados exige, pois, a produção simultânea de um domínio de seres abjetos, aqueles que ainda não são "sujeitos", mas que formam o exterior constitutivo relativamente ao domínio do sujeito. O abjeto designa aqui precisamente aquelas zonas "inóspitas" e "inabitáveis" da vida social, que são, não obstante, densamente povoadas por aqueles que não gozam

do status de sujeito, mas cujo habitar sob o signo do "inabitável" é necessário para que o domínio do sujeito seja circunscrito. Essa zona de inabitabilidade constitui o limite definidor do domínio do sujeito; ela constitui aquele local de temida identificação contra o qual — e em virtude do qual — o domínio do sujeito circunscreverá sua própria reivindicação de direito à autonomia e à vida. Neste sentido, pois, o sujeito é constituído através da força da exclusão e da abjeção, uma força que produz um exterior constitutivo relativamente ao sujeito, um exterior abjeto que está, afinal, "dentro" do sujeito, como seu próprio e fundante repúdio. A formação de um sujeito exige uma identificação com o fantasma normativo do sexo: essa identificação ocorre através de um repúdio que produz um domínio de abjeção, um repúdio sem o qual o sujeito não pode emergir. Trata-se de um repúdio que cria a valência da "abjeção" — e seu *status* para o sujeito — como um espectro ameaçador. (Butler, 2000, p. 112).

Adolfo afirma que talvez a população LGBT não tenha a demanda, talvez nem sinta a necessidade do serviço de saúde, porém diz não saber o porquê da ausência das pessoas LGBT das Unidades de Saúde da Família, o que ilustra um pouco mais o “Discurso do não-querer”:

*Danilo: E por que o senhor acha que eles (a população LGBT) têm essa dificuldade de procurar aqui com frequência?*

*Adolfo: Não sei. Não conseguiria responder isso aí por eles. Teria que ver, talvez eles nem sintam isso, talvez eles não tenham a demanda, mas*

*é um grupo que talvez pudesse estar mais frequente. Mas não conseguirei responder.* (Adolfo, 43 anos, Belo Horizonte)

Adolfo afirma que não poderia falar por eles, mas a população LGBT poderia falar? Existe algum movimento em direção a eles para perguntar? Como existir então se não se pode falar (nem eles nem por eles)?

As hipóteses para essa ausência das pessoas LGBT das Unidades de Saúde da Família podem ser diversas. Segundo a literatura, existem comportamentos homofóbicos<sup>11</sup> por parte das equipes de saúde, quando membros da população LGBT não se sentem acolhidos ou bem orientados e até mesmo quando não se sentem à vontade para revelar sua orientação sexual (Cerqueira-Santos et al., 2010). Além disso, os autores também apontam para a possibilidade de as próprias pessoas LGBT poderem estar emocionalmente fragilizadas por terem vivido ou por estarem vivendo situações de preconceito que as desencorajam a confiar e a seguir orientações oferecidas pelos serviços, além do fato da relação estabelecida entre profissional da saúde e usuário constituir-se a partir de uma relação assimétrica de poder, na qual o profissional da saúde é percebido como o possuidor do conhecimento e o usuário como receptor destas verdades, o que por si já estabelece uma distância (Cerqueira-Santos et al., 2010).

O “Discurso do não-querer” produz uma certa imagem, uma caracterização da população LGBT. A fala de Cláudia nos permite identificar, nesse discurso, um pouco mais como está construída a imagem da população LGBT para os(as) médicos(as) de família entrevistados(as):

---

<sup>11</sup> Segundo os autores, o termo homofobia é passível de críticas, pois pressupõe algum tipo de medo irracional sentido por parte da maioria heterossexual, o que poderia ser compreendido a partir de um modelo de enfermidade e, portanto, passível de ser superado por via de tratamento, como ocorre com outras fobias. Compreendendo a discussão em torno da terminologia, os autores ressaltam que o seu estudo opta por utilizar o termo academicamente utilizado, entendendo que não se trata de uma doença. Eles afirmam concordar com a ideia de que a homofobia se refere à discriminação contra as pessoas que se apresentam ou que se associam a algumas qualidades (ou defeitos) tradicionalmente atribuídas ao gênero oposto (Cerqueira-Santos et al., 2010). É nessa perspectiva também que esse termo é utilizado nesta dissertação.

*Eu acredito assim: talvez o próprio paciente não queira comentar nada, falar nada, e muitas vezes a própria Agente (Comunitária de Saúde) não tem esse interesse... até às vezes de ir na casa do paciente. Então, como é um paciente saudável, que não tem nenhuma comorbidade, eles nem comentam... vai uma vez pra fazer o cadastro e depois só daqui 10 meses... 1 ano... Aí acaba que não tem essa demanda, e quando tem demanda eles vão direto no Posto. (Cláudia, 27 anos, Uberlândia)*

Iniciado também pela perspectiva do não-querer, o relato de Cláudia agrega uma nova característica à população LGBT na perspectiva dos(as) médicos(as) entrevistados(as): são pessoas saudáveis. Convém ressaltar nesse momento que pode haver um traço valorativo positivo ao pensar as pessoas LGBT como saudáveis, o que contrasta com o discurso histórico dos LGBT associados a doenças mentais e sexuais. Segundo Adelman (2000), faz tempo que instituições de “poder disciplinar” da medicina foram obrigadas a retirar suas posições oficiais que equiparavam a homossexualidade à doença e aos distúrbios psiquiátricos. Analisando esse discurso, é possível inferir também que ele está ancorado em uma perspectiva biomédica<sup>12</sup> e é possível perceber que a saúde aqui é vista como a simples ausência de doenças orgânicas. Ou seja, esse discurso produz uma imagem de que as pessoas da população LGBT não padecem de nenhuma enfermidade orgânica e, por isso, não querem estar nos serviços de saúde, como se não fosse papel desse sistema um olhar ampliado para a questão da saúde que ultrapassa os

---

<sup>12</sup> O modelo biomédico é fundamentado em uma perspectiva mecanicista, considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples, isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais. A doença é interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma (Caprara, Lins, & Franco, 1999).

limites do orgânico. Em uma dupla perspectiva, eles não são usuários elegíveis para a Unidade, assim como a Unidade não tem nada a oferecer para eles.

Contextualizando o trecho da entrevista, a demanda citada por Cláudia, é a demanda de ser LGBT. Aqui é possível perceber mais uma característica dessa população sob a ótica dos(as) médicos(as) entrevistados(as): são pessoas que não falam de sua sexualidade, porque não querem. Ou seja, se eles(as) não têm necessidade, não querem e não falam sobre esse assunto, porque o serviço de saúde deveria preocupar-se em abordar esse assunto e essas demandas? Curioso que, apesar dessa perspectiva, a fala de Cláudia agrega uma nova questão: a própria agente comunitária de saúde não tem interesse nesse(a) usuário(a). Seria então do(a) usuário(a) a inteira responsabilidade pela sua ausência no serviço de saúde em questão? Onde estaria o não-querer nessa relação? Aqui é possível perceber também o caráter relacional do discurso. Ele gera dois impactos: usuário(a) não fala e a Agente Comunitária de Saúde não tem interesse.

O trecho da entrevista com Isabela permite identificar mais uma característica da população LGBT que o “Discurso do não-querer” constrói: são jovens e não se preocupam com a prevenção.

*Eu acho que, na minha opinião, eles não procuram a Unidade de Saúde com queixas eletivas ou de acompanhamento de saúde igual às outras populações, eles vêm mais é no agudo. Enfim, é meu ver, eu acho que eles vêm mais no agudo, talvez porque a maioria são mais jovens e não preocupam tanto em prevenir que eles vêm assim, realmente quando estão precisando, quando estão passando mal, não têm muito essa coisa preventiva mesmo não. (Isabela, 30 anos, Belo Horizonte)*

Segundo Isabela, somente quando eles(as) realmente precisam, estão passando mal é que procuram a Unidade de Saúde. E os(as) usuários(as) LGBT que são mais velhos? Onde estão? Não são citados em nenhuma entrevista. Por que eles são mais invisíveis do que os jovens? Interessante observar que Isabela também não identifica, não nomeia a população LGBT. Apenas a compara com “*as outras populações*”, como se essas cumprissem seu papel de procurar a Unidade de Saúde para seguimento eletivo e ações de prevenção, enquanto a população LGBT levasse um estilo de vida despreocupado e por vezes até irresponsável, já que não se cuida e busca a Unidade de Saúde apenas em casos agudos ou quando realmente precisam. Essa fala de Isabela nos remete a pensar na responsabilidade do SUS no cuidado em saúde da população LGBT. Afinal, são as pessoas que devem ter “*essa coisa preventiva*” ou essa construção de um modelo de saúde que quebre paradigmas tradicionais do processo saúde-adoecimento-cuidado, pautado essencialmente na doença orgânica e no cuidado hospitalocêntrico deve ser dividida com o governo e demais parcelas da sociedade? Afinal, o cuidado em saúde também é uma produção sócio-histórica-cultural e não individual?

A fala de Pietro reforça o perfil de uma população LGBT que não se cuida. E observa-se que, para ele, essa população inexistente na sua área de abrangência (“*aqui não temos essa população*”), tamanho o não reconhecimento de suas demandas e até mesmo de sua existência. Quando existe, chega em meio a complicações. Em quadros mais complicados, não querem saber de ações preventivas nem de educação em saúde:

*A gente não tem essa população, eles vêm aqui quando têm uma complicação, pra tratar uma complicação, é dessa forma que eles buscam o serviço, não pra uma prevenção de doenças, pra uma orientação ou educação em saúde. Eu acho que com certeza seria interessante. [...] Teoricamente, esse grupo quase não procura o*

*serviço, quando procura geralmente é quando está com alguma complicação, é quando a gente faz um diagnóstico de HIV, os pacientes vêm dessa forma. (Pietro, 42 anos, Belo Horizonte)*

Ainda segundo esse relato, a população LGBT procura os serviços de saúde quando é feito um diagnóstico de HIV. É como se a população LGBT tivesse o inexorável destino de ter HIV. Não se cuidam como deveriam, não buscam o serviço de saúde e, quando chegam, já não há mais nada a ser feito, o destino foi cumprido, eles estão com HIV. E agora sim, doentes, vêm buscar a ajuda dos profissionais da saúde. É sabido, conforme discutido anteriormente nesta pesquisa, que há diferenças nas demandas de saúde da população LGBT em relação às demais populações. Entretanto, é possível que essas diferenças sejam erroneamente atribuídas apenas ao impacto das doenças sexualmente transmissíveis, enquanto há uma variedade de necessidades em saúde distintas e problemas dessa população relacionados à questão da dificuldade de inserção em uma sociedade heteronormativa e que são importantes que o(a) médico(a) identifique e se atente para que possa fazer um diagnóstico preciso e estabelecer o tratamento adequado (Bonvicini & Perlin, 2003).

Gael ressalta que conhece a população LGBT no momento da doença e correlaciona o adoecimento dessas pessoas com a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis pois, do contrário, desconhece a população LGBT.

*Porque aqui a gente tá vendo o lado do profissional, mas em momento nenhum a gente tá vendo a questão do usuário, o que que ele demanda, se existe alguma outra coisa que não chegou na gente. [...] Eu conheço (essa população) quando está adoecida, paciente tá adoecido com DST ou alguma coisa, senão eu desconheço. (Gael, 37 anos, Belo Horizonte)*

Entretanto, ressalta-se a necessidade apontada pelo próprio Gael de olhar não apenas para o lado profissional, mas de buscar as demandas do(a) usuário(a) que podem chegar até a equipe de saúde, se esta assim o permitir. Enxerga-se a doença que o outro tem, não o outro.

Olga não apenas reforça em seu relato a imagem da população LGBT que não se cuida, como também a questão de que a demanda das pessoas LGBT nos serviços de saúde é em relação às doenças sexualmente transmissíveis:

*Eu acho que as doenças sexualmente transmissíveis são as principais, porque eles não se cuidam, não é porque eles são homossexuais que eles deveriam ter essa doença, é pela promiscuidade, né? Se quem é hétero se cuida e não tem. Não estou falando que todo hétero se cuida. Não é pela sexualidade deles, por serem homossexuais ou heterossexuais, é da pessoa. (Olga, 46 anos, Belo Horizonte)*

Segundo ela, ser homossexual não necessariamente significa ter doenças sexualmente transmissíveis, porém ela atribui a essa população a característica da promiscuidade, inclusive fazendo uma comparação com a população heterossexual que, aparentemente, se cuida e não tem essas doenças. Ao final, como que percebendo a generalização e atribuição de valores generalizada feita à população LGBT em seu relato e talvez na busca de uma resposta mais correta, adequada ao contexto da entrevista, Olga retira a associação LGBT - promiscuidade - doenças sexualmente transmissíveis e transporta essa justificativa para o campo das individualidades. Caso alguém siga esse ciclo de adoecimento será por suas características pessoais, e não por ser ou não LGBT, segundo ela. Entretanto, há que ressaltar que, em comparação com as pessoas heterossexuais e não transexuais, em mesmos parâmetros socioeconômicos, as pessoas LGBT estão mais propensas a enfrentar barreiras para acessar o

cuidado médico adequado, o que pode criar ou aumentar as disparidades existentes (Obedin-Maliver et al., 2011).

A fala de Joice também apresenta essa construção de uma população que não se cuida:

*Danilo: Por que você acha que eles (população LGBT) têm essa dificuldade de vir para a unidade?*

*Joice: Muitos momentos, nós temos que, não sei se para fazer parte do quadro esses pacientes não costumam recorrer à procura de cuidados de saúde, algumas vezes eles vêm, nós temos que fazer buscas ativas, e/ou criam alguma resistência, e tendem a faltar nos acompanhamentos. (Joice, 35 anos, Belo Horizonte)*

Aqui temos mais uma vez a responsabilização dos sujeitos sobre a qual falaremos a seguir. As pessoas LGBT não vão até a Unidade, criam resistência, faltam às consultas e a Unidade acaba tendo que fazer a busca ativa destas. É como se a população LGBT fosse composta por sujeitos (des)cuidados, impróprios para o serviço de saúde que preza pela promoção e prevenção em saúde. Entretanto, essa associação também é verdadeira quando ocorre com outras populações que não a LGBT?

Analisando todos esses relatos de uma forma mais ampla e correlacionando-os com as informações presentes na literatura sobre o tema, é possível perceber como a oferta de cuidados em saúde para a população LGBT tem sido precária. Parece que eles não conseguem ter direito ao mesmo acesso e cuidado que as outras populações e, com isso, acabam não encontrando espaço na Unidade para ações preventivas e de educação em saúde, tendo o socorro dos serviços de saúde apenas na iminência da morte ou diante de alguma doença grave ou de potencial complicação. Essa constatação me remeteu ao termo “*vida precária*” (Butler, 2012). A

precariedade, conforme discute Butler, tem relação com o conjunto de condições existenciais (materiais e simbólicas) que nos protegem ou nos tornariam mais vulneráveis em determinados contextos. Esse termo foi utilizado por Judith Butler (2012) em um ensaio denominado “*Vida Precária*”. Esse ensaio nos sugere extrapolar para o entendimento da vida precária de outra pessoa, estabelecendo como necessário um entendimento da condição de precariedade do Outro. O termo “*vida precária*”, de Judith Butler, nos conta sobre todas e todos que aprenderam a compreender-se a partir da injúria da experiência de serem ofendidas por estarem sob suspeita ou serem comprovadamente sujeitos fora da norma heterossexual (Souza, Signorelli, Coviello, & Pereira, 2014). Ou seja, na verdade estamos diante de um cenário em que uma Política Pública precária reitera as “vidas precárias” da população LGBT o que poderia ser, nesse contexto, responsável pela ausência dessas pessoas nos serviços de saúde e por todas as consequências negativas advindas dessa situação.

### **5.3.2 O “Discurso do não-querer”, o SUS e a Estratégia Saúde da Família**

Ao longo da leitura e análise das entrevistas, foi possível perceber que o “Discurso do não-querer” apontava para uma reflexão acerca do papel do SUS, representado aqui pela Estratégia Saúde da Família, no cuidado à população LGBT. Ao serem interrogados(as) sobre os seus conceitos de acesso, qualidade, bem como ao serem solicitados(as) que relatassem histórias de atendimentos direcionados à população LGBT, os(as) médicos(as) entrevistados(as) apresentaram questionamentos relevantes sobre a importância da Estratégia Saúde da Família para a população LGBT.

Com isso, o “Discurso do não-querer” abre o debate acerca do papel da Estratégia Saúde da Família no SUS em relação ao cuidado em saúde da população LGBT, que pretende ser a

porta de entrada das pessoas no Sistema Único de Saúde (Brasil, 2012). O trecho do relato de Fabíola ilustra a busca pela definição do papel da Estratégia Saúde da Família no SUS.

*Isso que eu acho, que aí a gente não tá cumprindo o **nosso papel**. De cuidar da prevenção, a gente vai tentar depois, diminuir em danos. [...] É o que a sociedade julga ser o papel do... posto de saúde, igual, tratar hipertensão, diabetes, é que a maioria da população apresenta é o **nosso papel**.* (Fabíola, 28 anos, Belo Horizonte) – [**destaques meus**].

Afinal, qual seria o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) no cuidado em saúde das pessoas? Em que momento a ESF tem cumprido o papel de prevenção? E será que falamos somente disso? O cuidado em saúde deve ser ofertado apenas para aqueles que a procurarem, ficando com o sujeito a total responsabilidade desse processo? Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) no Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ainda segundo essa publicação, a atenção básica deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

Comparando o texto da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) com o relato de Fabíola, é possível perceber o que é denominado por Souza et al. (2014) como sendo um hiato entre o que consta no texto das políticas públicas e a prática nos serviços. O desafio seria,

portanto, buscar maneiras de superar esse hiato em prol de um cuidado em saúde melhor. Por isso, na prática dos serviços de saúde, em especial da Estratégia Saúde da Família, o “Discurso do não-querer” pode acarretar o distanciamento dos(as) profissionais e do SUS da população LGBT, já que aqueles(as) não assumem as suas parcelas de responsabilidade no cuidado em saúde desses(as). Isso pode ser percebido no relato de Sueli:

*Justamente. Eles não vieram com essa demanda de ser LGBT. Eu precisaria que um paciente viesse pra mim com essa demanda (ser LGBT) pra eu descobrir realmente quais são as dificuldades que quando a gente não atende é difícil da gente pensar quais são as dificuldades de se abordar, né?! Acho que só surgiria mesmo quando eu atendesse. (Sueli, 28 anos, Uberlândia)*

A fala de Sueli reforça a não-procura da população LGBT por cuidados em saúde na Atenção Básica. É como se a porta de entrada do Sistema de Saúde estivesse sempre aberta e acessível e as pessoas não quisessem adentrá-la. Com isso, Sueli justifica que não consegue pensar em dificuldades de atendimento que, a princípio, não existem. O distanciamento produzido por esse discurso é tamanho que ela não consegue sequer imaginar o que está tão fora do plano concreto, já que nunca a procuraram com a “*demandas de ser LGBT*”. É como se essa demanda, por advir das pessoas LGBT, deva necessariamente ser encaminhada e solucionada única e exclusivamente pela população LGBT.

Em uma etnografia que objetivava apresentar os itinerários terapêuticos<sup>13</sup> de travestis residentes em Santa Maria, município da região central do Rio Grande do Sul, Souza et al.

---

<sup>13</sup> Cabe aqui ressaltar a publicação “*Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade*” (Teixeira, 2009). Esse artigo é composto de alguns excertos das entrevistas e das observações realizadas no período de 2004 a 2008 que integram a tese de doutorado da pesquisadora. Segundo ela mesma, são relatos indicativos dos

(2014) acompanharam as complexas trajetórias percorridas pelas travestis em busca de cuidados com a saúde, em vários espaços e instâncias. Essas trajetórias foram denominadas pelos autores de itinerários terapêuticos, como sinônimo de busca por cuidados terapêuticos, com o propósito de descrever e analisar os caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionar o seu problema de saúde, considerando as práticas individuais e socioculturais. Segundo os autores, atender à demanda da população com dificuldades agravadas pelos problemas sociais como o estigma nos serviços, tem sido um grande desafio para a saúde pública, pois em sua pesquisa foram frequentes as observações sobre a dificuldade para o atendimento a contento nos serviços públicos de saúde. Uma das entrevistadas desse estudo diz, inclusive, que “*utilizar o SUS nem pensar*”, por ser tratada nos serviços desse Sistema de Saúde de forma “*não-humana*”. De acordo com os autores, as narrativas de suas interlocutoras sustentam uma busca por redirecionar as trajetórias, sempre que possível, procurando, muitas vezes, a resposta para o cuidado com sua saúde nos serviços particulares, uma vez que percebem, desde a primeira tentativa de atendimento, uma barreira que já começa em sua identificação. A fala de Anastácia complementa essa discussão e apresenta uma nova questão, a saber, a dificuldade em se abrir pelo pouco contato:

*Normalmente, esses pacientes não chegam com queixas relacionadas a nada específico da sexualidade, não. E eles têm muitas dificuldades em se abrir até por conta do pouco contato. Tem pouco tempo que eu tô aqui, então a gente não tem muita segurança. (Anastácia, 24 anos, Belo Horizonte)*

---

(re)arranjos, das negociações e dos conflitos que envolveram os diferentes sujeitos que romperam com a dualidade do sexo na construção subjetiva da transexualidade.

Dessa forma, esse discurso permite construir a seguinte correlação: o(a) usuário(a) não comparece ao serviço porque não tem necessidades ou porque não quer. Com isso, o contato com a equipe é pouco, o vínculo é fraco, o que faz com que o(a) usuário(a) não se abra no ambiente da consulta. Pode-se pensar que a possibilidade de que uma pessoa não seja heterossexual está fora do esperado e, portanto, se abrir está como uma pré-condição. Assim, ou a pessoa se revela e o profissional é desafiado por não saber como lidar com essa situação ou o “pacto” de silêncio é mantido na consulta e a pessoa é cuidada como se fosse heterossexual. E assim tudo fica bem. Mas, bem para quem?

Além disso, é possível observar na fala de Anastácia que esses(as) usuários(as) não querem falar de suas sexualidades. Logo, mais uma vez, a responsabilidade recai sobre o sujeito, uma vez que o não se abrir é fruto do pouco contato que é resultado da ação do(a) usuário(a) de não querer procurar o serviço. É como se fosse de única e exclusiva responsabilidade do(a) usuário(a) abordar suas demandas na consulta, não cabendo ao(à) médico(a) a observação integral do indivíduo em seu contexto sócio-histórico-cultural. Se a política pública brasileira reconhece a orientação sexual como um marcador que interfere nas condições de estar e permanecer saudável, ele deve ser considerado. Com isso, é possível concluir que o atendimento à população LGBT deva ser pautado nos princípios da autonomia do sujeito e nos princípios da atenção básica, com um olhar integral para o sujeito, levando em consideração os aspectos sociais, familiares, comunitários, orgânicos e até mesmo espirituais que o cercam e o compõem. Dessa forma, é sim, papel do(a) médico(a) abordar a sexualidade do(a) usuário(a) por meio de uma postura receptiva de diálogo e escuta que permita a construção de uma relação médico-paciente pautada na confiança e respeito mútuos.

Pensando na reflexão proposta por essa categoria, quanto ao papel da Estratégia Saúde da Família no cuidado da população LGBT, Zilda traz uma afirmação que nos faz refletir:

*Danilo: E, na sua opinião, os demais membros da equipe estão preparados para atender as demandas da população LGBT?*

*Zilda: Da mesma forma, se for questões de realização de exame, de patologias que eles tiverem sim, a gente tem o serviço pra onde poder encaminhar, mas se for por exemplo a demanda de, vou dar um exemplo: um homossexual, principalmente do sexo masculino, tinha o pai não aceita, o que fazer? É muito complicado pra gente, que tá na atenção primária, tentar resolver esse tipo de caso pra eles. (Zilda, 41 anos, Belo Horizonte)*

Na verdade, “*esse tipo de coisa*” a qual Zilda se refere nada mais é do que uma das fontes de adoecimento da população LGBT. Se a Unidade aceita que não pode fazer nada por esse(a) usuário(a), nem sequer “*tentar resolver esse tipo de caso para eles*”, ela fecha as portas para o cuidado das pessoas LGBT, assim como toda a sociedade heteronormativa vem fechando há anos. Talvez a Unidade não conseguirá resolver essa situação, mas com certeza o acolhimento dará as bases para avançar nessa questão e, com isso, evitar o potencial adoecimento que poderia advir dessa situação.

Complementando esses exemplos, o trecho da entrevista com Fabíola também nos permite pensar sobre a perspectiva do cuidado médico em saúde ainda centrado na doença orgânica. Conforme ilustra sua fala, o(a) usuário(a) tem visibilidade e é visto(a) pela sociedade e Governo como responsabilidade de um serviço de saúde quando apresenta alguma doença orgânica diagnosticável e tratável (ou mesmo passível de controle). Nas palavras da própria Fabíola, se o(a) usuário(a) não possui algo “*palpável*”, dificilmente encontrará acolhimento no

Sistema Único de Saúde. “*Danilo: E a unidade faz questão de outros pacientes*<sup>14</sup>? *Fabiola: Por exemplo que acham, quando é... hipertensão, é aquela coisa mais evidente, mais palpável, aí vai, faz busca ativa e vão procuram, tenta saber.*” (Fabiola, 28 anos, Belo Horizonte)

Isso permite refletir sobre o papel da Estratégia Saúde da Família no cuidado das pessoas e nos desafios que esse Modelo de Atenção à Saúde enfrenta para a sua consolidação plena. Existiria um critério oculto que estabeleceria o que/quem deveria ser cuidado? Segundo Rodrigues & Ferro, 2012 o Ministério da Saúde compreende que todas as formas de discriminação, como o caso da homofobia, “devem ser consideradas como fatores impulsionadores na produção de doenças e sofrimento”. Junto ao processo de homofobia, outros fatores de discriminação social devem ser considerados propulsores do processo de adoecimento dessa população, como, por exemplo, o desemprego, o racismo e a inacessibilidade à moradia e à alimentação. Superar o paradigma biomédico e incorporar o modelo da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado pode ser um dos maiores desafios para essa Estratégia desde a sua criação e, ainda, para os próximos anos, o que não se limita apenas à população LGBT.

### 5.3.3 O “Discurso do não-querer” e a autonomia dos sujeitos: um respeito que faz mal

O “Discurso do não-querer” é composto por falas que dizem respeito a uma construção que, a princípio, parece enaltecer a autonomia dos sujeitos, fator essencial no empoderamento para o cuidado em saúde. Porém, esse discurso pode acabar por culpabilizar o sujeito e colocá-lo como único responsável pelo seu processo de saúde-adoecimento-cuidado, desconsiderando o papel dos outros atores sociais bem como da construção histórico-política da sociedade nesse

---

<sup>14</sup> Anteriormente a essa pergunta, indaguei, diante de uma resposta de Fabiola, se o fato era que os(as) pacientes LGBT não procuravam a Unidade de Saúde e se a Unidade também não procurava por eles(as). A resposta dela foi: “*Não faz questão, é como fosse assim*”.

cenário. É como se essa autonomia, a princípio tão valorizada, acabasse por fazer mal às pessoas, uma vez que negligencia as necessidades e o cuidado em saúde à população LGBT. A fala de Hilda demonstra como esse suposto respeito à autonomia tem sido frequentemente utilizado no cuidado à população LGBT na Estratégia Saúde da Família. *“Isso parte sempre do próprio paciente. “Olha, eu sou, e eu quero acompanhar, ou quero buscar um apoio, eu quero uma mudança, eu quero o meu nome social” Então sempre parte deles mesmo”*. (Hilda, 27 anos, Uberlândia)

Ou seja, sempre parte do(a) usuário(a) buscar o apoio. E de quem é a responsabilidade desse não-querer? Apenas dele por sua autonomia (como se ela fosse entendida em um processo individual, intransferível e distante das relações com os outros) ou da relação estabelecida entre os diversos sujeitos envolvidos nesse cuidado? Segundo Souza Soares & Camargo Jr (2007), o primeiro princípio constitutivo de uma concepção complexa da autonomia passa a ser sua característica relativa e relacional, inseparável da dependência, ou seja, é preciso superar uma ideia ou um objetivo de se chegar a uma autonomia absoluta. Pensar isto no processo saúde-adoecimento-cuidado, segundo os autores, significa defender não a autodeterminação do paciente pura e simples, mas ao contrário, o fortalecimento das relações entre pacientes e profissionais da saúde, entre pacientes e seus familiares, porque essas redes de autonomia/dependência passam a ser vistas como fundamentais para o cuidado e para a saúde.

O relato de Diógenes reforça essa característica de uma autonomia unilateral que o “Discurso do não-querer” possui: *“Eles nunca expuseram os desejos de fazer algum tratamento específico, uso de hormônio, essas coisas. Nunca me falaram, né? Talvez eu poderia estar abordando isso, não sei”*. (Diógenes, 46 anos, Uberlândia)

Ou seja, mais uma vez a responsabilidade recai apenas sobre o(a) usuário(a): cabe a ele(a) a responsabilidade de expôr seus desejos. Porém, cabe aqui ressaltar o exemplo dado da hormonioterapia que está, essencialmente, na média complexidade. Por que pensar em uma

oferta que demanda maior densidade tecnológica e não naquilo que seria de competência da Estratégia Saúde da Família, como o acolhimento qualificado no sentido de compreender e abordar o sujeito em sua integralidade? Entretanto, Diógenes expõe ao final de seu relato como a autonomia pode e deve ser construída de forma corresponsabilizada e ser preservada na relação entre dois sujeitos no cuidado em saúde. Ele diz que “*talvez poderia estar abordando*” o assunto com o(a) usuário(a) (e emenda imediatamente essa reflexão com um não sei, talvez evitando afirmar algo a princípio contraditório, do médico também se mover e fazer concessões na relação com o(a) usuário(a)). Segundo Camargo-Borges & Mishima (2009), a autonomia na saúde tem sido empregada dentro do raciocínio das asserções da ciência moderna. Segundo as autoras, nesse raciocínio, as intervenções almejam “ensinar” autonomia, sendo as práticas organizadas de modo a permitir o acesso às informações privilegiadas quanto à melhor forma de proceder nos cuidados à saúde. Dessa maneira, apresenta-se muito mais como uma concessão do que como um processo negociado e dialógico. Para as autoras, dentro dessa tradição, em que a ciência é o termômetro do certo ou errado, do permitido e do proibido, as divergências morais acabam sendo interpretadas como ignorância dos sujeitos envolvidos, ou mesmo como descomprometimento, já que o único saber validado é o legitimado pelas ciências. Por estar centrada no indivíduo e não nos processos relacionais em contexto, todo o foco da autonomia se volta a ele havendo uma responsabilização unilateral de seus atos, conforme explicitado nos discursos acima.

O trecho da entrevista com Zilda ilustra a relação do “Discurso do não-querer” com a autonomia dos sujeitos:

*Principalmente, eu acho que para aquele paciente que se assume como homossexual ele facilita o acesso na unidade básica. Pro paciente que não admite a homossexualidade ou não expõe a homossexualidade na*

*atenção básica vai ser ruim. Porque ele sempre procura aquele serviço e tem receio que outras pessoas descubram que ele é homossexual. [...] Esses que não falam a gente não tem como saber e a gente tem várias pessoas assim. (Zilda, 41 anos, Belo Horizonte)*

Em sua fala Zilda diz que, para facilitar o acesso, o(a) usuário(a) deveria “*assumir*” sua orientação sexual para a equipe, o que nos remete a uma sexualidade escondida, velada, que precisa ser assumida, revelada. Zilda transfere para a pessoa a responsabilidade de assumir-se, declarar-se como se a revelar uma verdade erroneamente escondida. Ou seja, o(a) usuário(a) que não se assume diante do(a) médico(a) erra, quebra a confiança da relação por esconder um segredo, um fato de sua vida que, a princípio, não deveria ser escondido. É como se com essa fala, Zilda nos dissesse que não é o profissional que não quer saber do(a) usuário(a), mas sim o(a) usuário(a) que não quer revelar-se por completo nesse espaço de suposto acolhimento e cuidado. Apesar de ser muito melhor para a equipe ter todas as informações possíveis acerca de seus/suas usuários(as), em especial no que diz respeito à sexualidade, algumas reflexões críticas são despertadas diante desse trecho. Afinal, o acolhimento começa quando responsabilizamos o outro por nos dizer de sua orientação sexual? Se há dificuldade para que alguém converse ou mesmo exponha sua orientação sexual, não seria melhor, pensando-se no aspecto relacional da autonomia, estabelecer na relação médico(a)-paciente os elementos necessários para que esse assunto surja e, assim, o(a) paciente tenha confiança de discutir sua sexualidade naquele espaço? Nesse aspecto, esse discurso nos faz refletir que o suposto respeito a uma autonomia que se diz empoderadora e emancipadora da pessoa, pode acabar por excluir ou minimizar a responsabilidade do serviço de saúde e de seus profissionais em fazer a busca ativa de seus/suas usuários(as), bem como se dispor a compreender e acolher as necessidades de saúde que devem ser compartilhadas na construção do cuidado. Por isso, esse “Discurso do não-querer”,

aparentemente pautado no respeito à autonomia dos sujeitos ao dizer que é deles a responsabilidade pela busca da Unidade de Saúde e, conseqüentemente do seu cuidado em saúde, acaba por converter a autonomia em algo que faz mal, que reverbera no silenciamento e na ausência de acolhimento da população LGBT no SUS.

Ainda na perspectiva de pensar uma autonomia que faz mal, foi possível perceber que, em algumas situações, o “Discurso do não-querer” esteve atrelado à não-abordagem, durante a consulta médica, da orientação sexual da pessoa atendida. Segundo os(as) médicos(as) entrevistados(as), levando-se em consideração essa autonomia dos sujeitos (que na verdade, vem de forma unilateral e responsabilizadora unicamente do sujeito que a possui), essa postura era adotada em respeito à privacidade das pessoas atendidas.

Segundo Baker & Beagan, (2014), em análise de entrevistas realizadas no Canadá com médicos(as) e pacientes lésbicas, apesar das noções de competência cultural<sup>15</sup> serem normalmente interpretadas como uma exigência de manter-se neutro e não fazer quaisquer suposições ou julgamentos sobre os pacientes, as suposições podem servir como reconhecimentos dos sujeitos e suas individualidades, pois as suas identidades e relações sexuais/de gênero são tornadas visíveis e validadas. Ainda segundo as autoras, em um contexto heteronormativo, a neutralidade reforça o *status quo*. Ou seja, segundo as pacientes entrevistadas, quando os(as) médicos(as) encaram o desconforto e fazem uma suposição - que seu(ua) paciente pode não se enquadrar na norma estabelecida pela sociedade, há potencial para abrir espaço para a população LGBT e suas necessidades de cuidados de saúde.

Talvez, o “Discurso do não-querer” justifica a postura da não-necessidade de abordar a sexualidade em uma consulta médica, na qual o medo de lidar com uma resposta que escape

---

<sup>15</sup> Tradução própria do termo “*cultural competency*”. Segundo os autores, os esforços de competência cultural são refletidos tanto nas políticas institucionais como nos serviços e na visão global ao nível clínico em termos de interação médico-paciente, avaliação do paciente e ambiente clínico. Ainda segundo eles, antropólogos, no entanto, têm fortemente criticado a noção de competência cultural devido à sua interpretação de cultura como uma entidade estática na qual os profissionais médicos podem ser treinados para desenvolver competências.

da regra heteronormativa com a qual os(as) profissionais estão habituados(as), impede que o assunto e as demandas provenientes venham à tona e tenham seu espaço de cuidado legitimado no âmbito da consulta médica. O trecho da entrevista com Fabíola ilustra um pouco essa situação:

*Fabíola: Não, porque igual. Confesso, eu não... eu nunca perguntei pra nenhum paciente qual a opção sexual. Quando vou querer saber alguma questão referente de sexual, eu pergunto “Quantos parceiros? Múltiplos parceiros ou um parceiro?”, mas nunca entrei nessa questão se era do mesmo sexo, como é que era. Na verdade, eu nunca abordei isso em consulta, não.*

*Danilo: E por que que você nunca abordou?*

*Fabíola: Não sei, acho que nunca foi uma preocupação assim. E a gente também na faculdade, nunca tive... é, essa forma de atender, sabe, a gente... Nunca foi passado assim, uma atenção, ser importante, assim, saber. Não... não sei te falar o certo, mas realmente nunca abordei. (Fabíola, 28 anos, Belo Horizonte)*

Chama a atenção na fala de Fabíola a palavra “confesso”, como se a médica estivesse em um julgamento em que sua consciência a obrigasse, durante a entrevista, a confessar o pecado, o crime, a falha, o erro de não abordar a orientação sexual do(a) usuário(a) durante a consulta.

A não-abordagem, durante a consulta médica, da orientação sexual da pessoa atendida pode também ser verificada no relato de Cláudia. “*Geralmente é espontaneamente. Eu nunca*

*tive que perguntar não se a pessoa era homossexual ou não. Geralmente eles mesmos falam, porque geralmente na consulta surge assim”.* (Cláudia, 27 anos, Uberlândia)

A fala de Cláudia nos permite perceber que, para romper com a suposição heteronormativa, o sujeito tem que se expor, enfrentar a normalidade, romper um enquadramento abstrato, mas ao mesmo tempo tão concreto.

A fala de Rogério nos demonstra, mais uma vez, como as falas dos(as) médicos(as) seguem ancoradas em uma perspectiva biomédica. O(a) usuário(a) é uma demanda, um problema de saúde e, por isso, não se deve perguntar sobre outros aspectos de sua vida para além daquela questão orgânica que o(a) usuário(a) quis trazer para a consulta médica:

*Acho que talvez eu atenda pessoas aqui que eu nem sei qual orientação sexual dela, porque eu não pergunto muito isso, não. [...] Ninguém **nunca** falou, eu só atendi **um caso** de um rapaz que se declarou, **foi um só**. Outros eu atendi sem saber que era, não quiseram falar. Isso eu não pergunto, eu deixo, isso é uma coisa que eu não faço, não. Eu não faço não, porque, eu atendo uma demanda mesmo, o problema de saúde é tal, igual ele me falou aí sim, eu perguntar, eu não pergunto, não, **raramente**.* (Rogério, 44 anos, Belo Horizonte) – **[destaques meus]**.

Além disso, mais uma vez, percebe-se a responsabilização unilateral do(a) usuário(a) durante a relação com o(a) médico(a). Aqueles(as) que não falaram sobre sua sexualidade, não o fizeram porque não quiseram. E o que falou sobre se declarou, como que a emitir um atestado de sexualidade antes de qualquer atendimento. Ao dizer “*nunca*”, “*um caso só*” e “*raramente*”, temos a ideia de uma situação rara, fora do comum.

A fala de Sueli nos remete ao que foi discutido inicialmente no que diz respeito à autonomia e responsabilização do sujeito, quanto ao “Discurso do não-querer”, uma vez que há a transferência da responsabilidade de abordar a homossexualidade no âmbito da consulta médica exclusivamente para o(a) usuário(a):

*Na verdade eu deduzi, eles não me falaram que são, né. [...] Mas de fato, de fato mesmo, eu não tenho certeza, eles não me confirmaram que seriam LGBT. [...] Os pacientes que são LGBT eles não costumam abordar muito essa questão de ser LGBT com a gente. [...] Então assim, em relação à questão de LGBT ninguém nunca chegou falando pra mim assim: “Ah, eu quero abordar a questão de eu ser LGBT”. Não, ninguém fala isso, né? A gente aborda como qualquer outro paciente, então eu vejo as questões pessoais, sociais, as questões físicas, clínicas e tudo mais. [...] A gente como heterossexual a gente não chega no consultório falando que é heterossexual, eu imagino que a mesma coisa seja com a pessoa que é LGBT, não vai falando que é, eu acho que é mais ou menos isso. (Sueli, 28 anos, Uberlândia)*

Apesar de utilizar do “Discurso do não-querer” no cuidado com os(as) usuários(as) que são tratados(as), segundo a médica, de maneira igual entre si, e de dizer de uma abordagem que ultrapassa os aspectos orgânicos, a questão da sexualidade foi deixada de lado no âmbito da consulta médica. Ao dizer que nunca foi procurada com *“Ah, eu quero abordar a questão de eu ser LGBT”*, Sueli reforça a concepção de raridade das pessoas LGBT, além, é claro, de caracterizar o ser LGBT como um problema, uma questão que precisa ser abordada.

Curiosa a comparação com a população heterossexual. Sueli se coloca, diz de sua orientação sexual na entrevista, se afirmando como não pertencente à população LGBT. Além disso, a médica utiliza-se da expressão “*A gente como heterossexual*”, englobando, nesse aspecto, as demais pessoas e não apenas ela. Entretanto, realmente não é necessário que a pessoa chegue ao consultório médico dizendo ser heterossexual uma vez que (e as entrevistas demonstraram bem isso) a suposição primeira é de que a pessoa que chega à consulta segue a norma heterossexual e, por isso, a pergunta é desnecessária. Segundo Louro (2013), a concepção binária do sexo, tomado como um “dado” que independe da cultura, impõe, portanto, limites à concepção de gênero e torna a heterossexualidade o destino inexorável, a forma compulsória de sexualidade. As descontinuidades, as transgressões e as subversões que essas três categorias (sexo – gênero – sexualidade) podem experimentar são empurradas para o terreno do incompreensível ou do patológico.

Em alguns momentos, a abordagem da sexualidade dos(as) usuários(as) com os(as) médicos(as) entrevistados(as) surge quando o tema da consulta gira em torno das doenças sexualmente transmissíveis, conforme os exemplos abaixo ilustram:

*Danilo: Normalmente, quais são os quadros que você identifica que você tem que questionar (sobre a sexualidade do(a) paciente)?*

*Joice: Principalmente, às vezes, na mulher, com quadro, em alguns casos, que a gente tenha que fazer algum exame por exemplo citopatológico, né, já tiveram algumas mulheres que nunca tiveram relação com penetração e às vezes é o momento que elas falam, em alguns casos de DST eu questiono.*

*Danilo: E se não existirem essas situações, você pergunta?*

*Joice: Nem sempre rotineiramente. Talvez um momento para a gente alertar mais, mas não é uma rotina com todos os pacientes. (Joice, 35 anos, Belo Horizonte)*

Ou seja, o momento em que se pensa que a orientação sexual do(a) usuário(a) pode ser diferente daquela esperada pela sociedade (heterossexual) é quando ele(a) demanda alguma questão referente a uma doença sexualmente transmissível. É como se adoecer pelo sexo fosse consequência de uma sexualidade desviada da norma e, somente nesse momento, coubesse-se pensar que, talvez, aquela pessoa não fosse heterossexual. A conversa com Pietro demonstra esse mesmo aspecto:

*Pietro: Eu até preferia que fosse abordado, muitos escondem, são poucos os que falam realmente e tem alguns pacientes aqui que são conhecidos, e entram mesmo, o paciente já vem aqui e fala “ah doutor, eu sou gay” “ah doutor, eu sou lésbica”, é tranquilo, aí fica até mais fácil da gente fazer uma abordagem. Mas algumas vezes, quando existe uma certa desconfiança da minha parte, eu já peço alguns exames também, às vezes aqui no serviço é teoricamente tá atuando como controle de danos, que é quando o paciente tem algum problema, ele chega com uma fístula, uma lesão cancroide e fala “ah doutor, apareceu isso aqui no meu pênis”. E aí a gente vai direcionar ele pro serviço, vai pedir os exames, vai começar tratamento, já vai começar a investigar outras coisas e parceiros.*

*Danilo: E que elementos você acha que a pessoa traz que podem gerar essa desconfiança?*

*Pietro: Eu acho que elemento principal seria a sinceridade do paciente, falar “olha doutor, é isso...”, e o segundo elemento, que eu acho que, acima de tudo, pra nós médicos, é a desconfiança, a investigação clínica. Você percebe sinais e sintomas no paciente e pode levar a pressupor que ele tenha uma DST. E depois de questionar, aí sim, se for resolver falar “ah doutor é realmente isso, isso, ou não é” tem como, a gente sempre tem que respeitar a decisão dele. Se pra ele é melhor manter em segredo, certo, mas a gente vai tratar a patologia.*

(Pietro, 42 anos, Belo Horizonte)

Pietro reforça o que Zilda disse anteriormente, quando discutiu-se acerca desse discurso e sua relação com a autonomia do(a) usuário(a). Ou seja, é mais fácil quando o(a) usuário(a) chega e diz de uma vez sobre sua sexualidade. Mais fácil para quem? Pelo visto, é mais fácil para estabelecer o raciocínio clínico de uma doença sexualmente transmissível. Se ele(a) me diz que é da população LGBT, o raciocínio fica fácil. A doença possível que o trouxe até ali deve ser sexualmente transmissível. O problema não é pensar que pessoas LGBT podem ter doenças sexualmente transmissíveis. O problema é se restringir a isso. O problema é só pensar na população LGBT nessa hora. É como se o quadro de uma doença sexualmente transmissível tenha “denunciado” a possibilidade de ser LGBT, sendo esse um estigma das pessoas LGBT. É como se fosse um grupo desqualificável. O desqualificável, nesse sentido, apresenta-se na lógica de Goffman (1988), que afirma que quem porta um estigma está inabilitado para uma aceitação social plena; esse seria um traço que poderia se impor e afastar os outros atributos da pessoa. Para o autor, o estigma pode apresentar-se em uma dupla perspectiva: a primeira, quando a característica que distingue o estigmatizado é conhecida ou imediatamente evidente, posicionando o indivíduo como “desacreditado”; e a segunda, quando a característica que

distingue o estigmatizado não é conhecida nem imediatamente perceptível, posicionando o indivíduo como “desacreditável”. Passar da categoria indivíduo “desacreditável” para a “desacreditado” pode tornar a vida do sujeito insuportável.

Segundo Pietro, a desconfiança faz parte da construção do raciocínio clínico, biomédico, centrado na doença orgânica. Ou seja, se o(a) usuário(a) não diz da sua orientação sexual e o diagnóstico feito (ou mesmo o provável) é de uma doença sexualmente transmissível, o “raciocínio clínico” é lógico: população LGBT.

A fala de Noêmia complementa essa relação entre queixa e orientação sexual:

*Quando eles vão contar sobre a queixa acaba que eles contam a história por completo e eles acabam falando, sabe? Eu acho que eu nunca precisei perguntar assim, até hoje acho que todos já, na hora de falar a queixa, já se apresentaram e foram explicando o que aconteceu e tudo. Porque de acordo com a queixa faz parte eles terem que explicar. (Noêmia, 34 anos, Uberlândia)*

Segundo Noêmia, abordar a sexualidade de um(a) usuário(a) não é necessário, pois a queixa que ele(a) traz faz com que ele(a) tenha que se explicar. Como se o adoecer por determinada situação exigisse uma prestação de contas, uma justificativa por não ser aquele determinado tipo de adoecimento o esperado pela norma da sociedade. É possível que perguntem: “Mas ela não quis dizer o que foi esse explicar. Muito menos abordou de que tipo de queixa estava falando nesse momento”. Não foi necessário perguntar, pois o exemplo que Noêmia deu em seguida esclareceu e reforçou o que foi analisado anteriormente. Há correlação entre o adoecimento por doenças sexualmente transmissíveis com a orientação sexual que foge da norma esperada da sociedade:

*Então, teve um paciente meu que estava com queixa de **sangramento anal**, aí ele foi me **explicar**, falando: “Olha, eu sou **homossexual**, às vezes eu tenho relação anal e tudo, então eu estou com sangramento.” Então eu acho que **faz parte da queixa na hora de explicarem e falarem**, então nunca precisei... porque normalmente na queixa eles vão explicando, entendeu? (Noêmia, 34 anos, Uberlândia) – [**destaques meus**].*

Diante do apresentado, é possível observar que é necessário perceber e construir uma autonomia que seja relacional. Respeitar o(a) usuário(a) é permitir que ele participe ativamente da consulta médica, e não responsabilizá-lo de forma unilateral pelas construções que são feitas nesse espaço.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

### **6.1 Reflexões sobre os resultados da pesquisa**

Diante do apresentado, foi possível, através dos “Discursos do Não”, compreender os sentidos construídos com os(as) médicos(as) de família e comunidade de Belo Horizonte-MG e Uberlândia-MG sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT na Estratégia Saúde da Família do SUS, identificando discursos relativos ao acesso e à qualidade do cuidado em saúde da população LGBT nos serviços de Atenção Básica do SUS na perspectiva desses profissionais.

Inicialmente, percebemos no “Discurso da Não-Diferença” a construção de um sujeito denominado como “qualquer outro”. Alguém sem nome, sem identidade, igual a tantos outros e outras na sociedade. Entretanto, pode-se afirmar que esse “qualquer outro” é, na verdade, um “outro muito específico”. Um ser com identidade e necessidades em saúde que o diferem de “tantas outras”, também específicas. Porém, silenciado, esquecido, não-mostrado como realmente é, até mesmo nos cartazes que preenchem as paredes das Unidades de Saúde com ações de promoção e prevenção em saúde. Quando é dito, reconhecido, esse “qualquer outro” surge sob a perspectiva do doente, do sofredor, do desviante da norma. E aí, o acolhimento e a qualidade da atenção integral à saúde se tornam deficientes e por vezes até inexistentes, em um lugar que supostamente se dispõe a acolher e se responsabilizar pelo cuidado das pessoas de forma integral e longitudinal.

Com isso, podemos refletir sobre que lugar é esse da Atenção Básica para a população LGBT. Se ali é a porta de entrada do SUS, por que para alguns essa porta está aberta e acessível e para outros não? Como cuidar das pessoas LGBT nesses serviços de saúde se eles ainda não são capazes de reconhecer e trabalhar com as necessidades em saúde dessa população? Há que se considerar que as transformações das redes de saúde para o melhor atendimento da população

LGBT também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde, uma vez que as questões culturais advindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde a essa população (Rodrigues & Ferro, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral LGBT apresenta em seu plano operativo a “necessidade de identificar as necessidades de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e utilizá-las como critério de planejamento e definição de prioridades” (Brasil, 2012). Porém, apesar de propor a discussão das necessidades em saúde da população LGBT sob a perspectiva da determinação social do processo saúde-adoecimento-cuidado, explicita em seu texto ainda diversas necessidades de saúde sob a ótica do discurso médico-científico, como quando relata que a cobertura de realização de exames de Papanicolau para mulheres lésbicas é menor do que a cobertura para mulheres heterossexuais sem problematizar da real necessidade e indicações deste exame para mulheres que não têm vida heterossexual ativa, além de relacionar a depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico associadas com frequência às travestis com pouca reflexão acerca da inserção dessas pessoas no contexto familiar e social e como isso pode impactar nesse adoecimento para além das questões citadas. Nesse sentido, resgato aqui o texto de Cecílio (2001), de forma a trazer uma proposição para que se compreenda as necessidades e diferenças da população LGBT a partir da perspectiva da integralidade no cuidado a essas pessoas.

No encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou “travestidas” em alguma(s) demanda(s) específica(s). Poderíamos trabalhar com a seguinte imagem: quando

alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma “cesta de necessidades de saúde” e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente. A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários...); as necessidades podem ser bem outras. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas principalmente tendo que ser captadas em sua expressão individual. (Cecílio, 2001, p. 116)

Ou seja, o desafio das pessoas de uma equipe da Atenção Básica no Brasil vai para muito além da superação de preconceitos e discriminações contra a população LGBT, uma vez que perpassa, antes de qualquer coisa, a percepção do sujeito integral, com demandas específicas e necessidade de serviços de saúde que só ele pode dizer, mas que só dirá se for acolhido no serviço de saúde. Se a porta de entrada do Sistema não se abre para ele, como ele expressará sua integralidade? Como ele transitará pelos diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde?

O “Discurso do Não-Saber” nos permitiu analisar as justificativas dos(as) médicos(as) para a forma de atender a população LGBT realizada por eles(as). Para diversas outras práticas médicas na Atenção Básica o “Não-Saber” não impede a ação e o cuidado, entretanto para a população LGBT, sim. Quando se sabe, o saber vem atrelado ao discurso médico-científico, o qual patologiza essas pessoas. Realmente, enquanto não se trabalhar com a integralidade da atenção à saúde em sua plenitude, não haverá saber, pois não será possível compreender o que se deve saber dessas pessoas que nem sequer são reconhecidas em meio a tantas outras. Afinal, “necessidades de saúde são necessidades individuais e humanas, mas concretamente consideradas, são também necessidades distorcidas e ocultadas, não reconhecidas, justas e injustas, porque o são assim em uma sociedade historicamente dada”. (Stotz, 1991). Nesse sentido, o texto de Lionço nos permite pensar sobre qual(is) saber(es) precisamos reconhecer para de fato atender e acolher com qualidade a população LGBT no SUS.

Tomando como parâmetro a perspectiva ampliada da saúde, tal como preconizada como direito de cidadania pela Constituição de 1988, a atenção à saúde da população GLBT não deve ser considerada apenas do ponto de vista da epidemiologia. Sobretudo, diante da escassez dos dados de pesquisas em saúde dessa população, devem ser consideradas as condições e representações sociais associadas à população GLBT, compreendendo que os agravos à saúde desses segmentos populacionais estão, em grande parte, determinados socialmente. Com isso, queremos enfatizar que as necessidades em saúde, bem como os desafios que se colocam para a qualificação da atenção a essa população, dizem respeito não necessariamente a características intrínsecas a gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, mas tão

somente às consequências das representações e significações que recaem sobre suas práticas sexuais e modos de vida, enquanto desviantes em relação a um suposto padrão de normalidade ou ‘saúde’ implicado na heteronormatividade moralmente vigente (Lionço, 2008, p. 13).

Por fim, quando não se reconhece as necessidades em saúde e, conseqüentemente, não se sabe lidar com as pessoas LGBT, o movimento natural é de atribuir a elas a responsabilidade por um cuidado em saúde precário, o que foi possível verificar no “Discurso do Não-Querer”.

Para se alcançar o objetivo geral proposto pela Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais que é “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo” (Brasil, 2012), há que se compreender inicialmente a infinita variabilidade das necessidades humanas e as finitas possibilidades que temos, até mesmo, de compreendê-las. (Cecílio, 2001).

Para Cecílio (2001), a iniquidade pode ser trabalhada em diversos “espaços”, para que seja possível entender suas determinações, bem como para se pensar estratégias de sua superação. Esses espaços seriam o geral, o particular e o singular. O espaço geral seria aquele onde são formuladas as macropolíticas econômicas, ou seja, onde se obtêm os maiores acesso/exclusão dos(as) brasileiros(as) às/das riquezas produzidas no Brasil. Seria um espaço de forte determinação, pois o que se define nesse espaço geral resultará na existência de equidades/iniquidades de uma nação. O autor exemplifica esse cenário em nosso país como sendo o Ministério da Saúde, pelo seu enorme poder de definir diretrizes da política de saúde. O espaço particular seria então situado, na atual configuração do SUS, nos municípios, em

especial nas Secretarias Municipais de Saúde, que fazem as gestões locais do sistema. O espaço singular, por fim, seria aquele dos serviços de saúde. Para o autor, a iniquidade pode ser enfrentada, com diferentes graus de governabilidade, nesses diferentes espaços. É fundamental reconhecer o potencial do espaço singular em poder trabalhar com alto grau de autonomia, com potencial de gerar contraventores com capacidade de determinação das políticas definidas nos espaços “superiores”, em particular se for capaz de escutar e fazer ressoar as necessidades trazidas pelos usuários. Dessa forma, afirmamos em concordância com o autor que a não-integralidade e a não-equidade só poderão ser escutadas ou apreendidas como também enfrentadas, superadas ou reduzidas, se conseguirmos captá-las na sua dimensão individual, subjetiva, singular, ali no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais e/ou a equipe de saúde.

## **6.2 Reflexões acerca das limitações do presente estudo e possibilidades futuras**

A presente pesquisa trabalhou com a questão do acolhimento e qualidade da atenção integral da população LGBT no SUS a partir da perspectiva de médicos(as) que atuam na Estratégia Saúde da Família em duas cidades de Minas Gerais. Apesar de permitir ótimos resultados, esse recorte do objeto de pesquisa pode ser fator limitante para compreender essa questão em sua real complexidade. Nesse sentido, a execução da pesquisa nacional, incluindo mais cidades e outras perspectivas (usuários(as), gestores(as) e outros(as) profissionais das equipes de Saúde da Família) pode romper com essa limitação, ampliando os resultados, discussões e futuras intervenções em relação a essa temática.

Com esse trabalho foi possível perceber a necessidade de ampliar os estudos acerca da população LGBT e suas necessidades em saúde, porém de forma a considerar as singularidades das integralidades que compõem os grupos populacionais das letras dessa sigla. Ou seja, há a

necessidade de estudos que abordem não a população LGBT como um todo, correndo assim o risco de uma análise muito abrangente e pouco direcionada às reais demandas em saúde dessas pessoas, mas sim estudos que tenham enfoque especificamente em cada uma das populações de lésbicas, gays, travestis e transexuais.

Foi possível perceber também a necessidade de maiores intervenções nesse campo, com maior debate e inserção dessas temáticas nos currículos médicos para além da questão biomédica. Os currículos de Medicina no Brasil devem aceitar essa temática, compreendendo sua relevância para a formação médica no país hoje, compreendendo também a complexidade do tema e buscar trabalhar seus aspectos históricos, políticos, culturais bem como desenvolver estratégias efetivas de intervenção no acolhimento e na qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT atualmente.

Esperamos que a leitura desse material permita o debate crítico e reflexivo, bem como que inspire mais pesquisas sobre essa temática, e que ele tenha o potencial de desencadear as mudanças necessárias em prol do SUS que defendemos e queremos também para a população LGBT.

### **6.3 Breves reflexões do pesquisador acerca do trajeto da pesquisa**

O intuito desse trecho é fornecer a quem lê esse trabalho um traço, uma breve pincelada das minhas motivações, aprendizagens e desafios vivenciados ao longo de todo o processo dessa pesquisa. Optar pela discussão de gênero e sexualidade, com enfoque nas questões que envolvem a saúde da população LGBT hoje, é opção que fiz anteriormente a este trabalho. Desde a graduação em Medicina busquei trabalhar com a temática, em projetos de pesquisa e extensão, ampliando as noções sobre o tema que o currículo médico tradicional não me forneceu.

Quando estava prestes a concluir a Residência em Medicina de Família e Comunidade e iniciar minha carreira na atividade docente, o sonho aliado à necessidade de uma formação através do mestrado quis concretizar-se e, assim, ao final do ano de 2014, busquei o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, tentando entender como essa ciência dialogava com a Medicina, em uma tentativa de ampliar minha formação e percepção de um cuidado mais reflexivo e humanístico. O intuito era ampliar minha formação pessoal e profissional, agregando noções que um curso mais técnico e embasado na perspectiva biomédica não havia conseguido me fornecer. O surgimento da pesquisa em âmbito nacional moldou a ideia que eu tinha em mente para desenvolver no Mestrado e, após aprovação no processo seletivo, pude experimentar essa nova modalidade de formação a partir do início de 2015.

Os desafios dessa jornada foram vários. O início do mestrado coincidindo com o início da carreira docente, a interface com a Psicologia, até então desconhecida por mim, a imersão maior no mundo da pesquisa, o lidar com os atravessamentos da pesquisa. Isso, claro, para além dos desafios técnicos do campo da pesquisa, como a liberação de recursos para a realização das entrevistas, a busca pelo apoio e participação das pessoas, a própria realização das entrevistas e as transcrições. Tudo isso culminando com a finalização do mestrado em meio a um momento de crise política e institucional em minha vida e na de tantas outras pessoas que me fez perceber quanta força e energia eu tenho e, mais ainda, quanto eu verdadeiramente amo o que faço e acredito naquilo que defendo neste e em tantos outros espaços da militância cotidiana.

Hoje, olhando para essas páginas, um sentimento de imensa satisfação toma conta de mim. Chego a não acreditar que consegui. Foram tantos desafios que surgiram ao longo da caminhada que não consigo crer que superei todos. Ou, pelo menos, os mais relevantes. Venci mais essa importante etapa em minha vida. Cada página aqui escrita me resgata na memória o tempo investido, os sonhos se reconfigurando ao longo dos dissabores do processo, o medo

diante das incertezas do futuro, os finais de semana, noites e feriados longe de quem e do que eu gosto em prol de realizar a tarefa com a máxima qualidade possível diante de tantos desafios que teimavam em dizer que eu não conseguiria, que o mestrado não era prioridade e que, assim, ficaria para depois, mas eu queria tanto que fiz dele a minha prioridade. Fiz dessa pesquisa o meu projeto, a minha produção, as minhas reflexões e sonhos dos últimos meses.

Os aprendizados foram imensos. De Psicologia, de estudos linguísticos, de metodologia, de gênero, de sexualidade, de população LGBT, de construcionismo social, de análise de discurso, de pesquisa qualitativa... mas o maior e mais importante de todos foi o aprendizado de pessoa: de me ver e me colocar no lugar de população LGBT e de população médica e me permitir ser atravessado por essa pesquisa das mais diversas formas e, assim, amadurecer, crescer para o trabalho e a interface com o outro nos mais diversos espaços onde a vida pode ocorrer. Hoje, levo comigo, em todos os cenários que vivo, um novo Danilo, graças a esse mestrado. Mais maduro, capaz de transformar feridas e frustrações da vida em novos sonhos e possibilidades de aprimoramento. Sei que minha jornada está só começando e que, felizmente, tenho muito ainda a crescer, amadurecer e aprender. Vou ainda tropeçar muito, cair bastante, mas levantar sempre. Podem me chamar de inocente, otimista em excesso e sonhador. Não me importo. Jamais vou desistir. Sinto e sei que um dia ainda vou ver esse mundo um lugar transformado. E, para que isso aconteça, já comecei a minha parcela de ação transformando-me e permitindo que o ambiente ao meu redor também se transforme.

Falando de uma perspectiva pessoal, com esta pesquisa pude ampliar meu olhar para a compreensão das necessidades em saúde da população LGBT, a partir do olhar da integralidade dos sujeitos. Antes dela, não tinha a dimensão de como os “nãos” são uma verdadeira barreira para o acesso e a qualidade da atenção integral em saúde dessa população. Não digo que fui surpreendido pelos discursos médicos identificados nesta pesquisa, mas confesso que ainda

tenho a esperança de mudanças futuras nas práticas discursivas e, conseqüentemente, nas práticas de cuidado das pessoas LGBT no SUS.

## 7 REFERÊNCIAS

- Adelman, M. (2000). Paradoxos da identidade: a política de orientação sexual. *Revista de Sociologia e Política*, 14(14), 163–171.
- Baker, K., & Beagan, B. (2014). Making Assumptions, Making Space: An Anthropological Critique of Cultural Competency and Its Relevance to Queer Patients. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(4), 578–598. Recuperado em 10 Abril, 2015, de <http://doi.org/10.1111/maq.12129>
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Batistella, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica (2007). In: A.F. Fonseca & A. M. D Corbo (Orgs), *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 25-49.
- Bento, B., & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 20(2), 569–581. Recuperado em 10 Abril, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
- Bonvicini, K. A., & Perlin, M. J. (2003). The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 115–122. Recuperado em 11 Abril, 2015, de [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00189-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00189-1)
- Borges, L. S. (2008). *Repertórios sobre lesbianidade na novela Senhora do Destino: possibilidades de legitimação e de transgressão*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2012) *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF.

- Brasil. Ministério da Saúde (2013). *Políticas de promoção da equidade em saúde*. Secretaria de Atenção Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010). *Caderno de Atenção Primária - Rastreamento*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Brasília, DF.
- Brasil. Ministério da Saúde (2008). *Mais saúde: direito de todos*. Secretaria Executiva. Brasília, DF.
- Brasil. *Portaria n. 2.836, de 01 de dezembro de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).
- Brasil. *Resolução nº 2, de 6 de dezembro de 2011*. Estabelece estratégias e ações que orientam o Plano Operativo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Brasil. *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
- Burke, S. E., Dovidio, J. F., Przedworski, J. M., Hardeman, R. R., Perry, S. P., Phelan, S. M., Nelson, D. B., Burgees, D. J., Yeazel, M. W., van Ryn, M. (2015). Do Contact and Empathy Mitigate Bias Against Gay and Lesbian People Among Heterosexual First-Year Medical Students? A Report From the Medical Student CHANGE Study: *Academic Medicine*, 90 (5), 645–651. Recuperado em 10 Abril, 2015, de <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000661>
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge, Londres.

- Buss, P. M., & Ferreira, J. R. (2001). Atenção primária e promoção da saúde. *BRASIL. Ministério Da Saúde. Projeto Promoção Da Saúde. Promoção Da Saúde. Brasília, DF: MS*, 7–14.
- Butler, J. (2000). Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do "sexo". Em: G. Lopes Louro (Org.), *O Corpo Educado Pedagogias da Sexualidade* (pp 110-125). Belo Horizonte: Autêntica.
- Butler, J. (2012). Vida precária. *Revista Semestral do Departamento e do Programa de Pós-Graduação Em Sociologia da UFSCar*, 1(1), 13.
- Camargo-Borges, C., & Mishima, S. M. (2009). A responsabilidade relacional como ferramenta útil para a participação comunitária na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 18 (1), 29–41.
- Caprara, A., Lins, A., & Franco, S. (1999). A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública*, 15(3), 647–654. Recuperado em 11 Abril, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000300023>
- Cecilio, L. C. O., (2001). As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. Em: R. Pinheiro, R. A. de Mattos (Org.), *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde* (pp 113-126). Rio de Janeiro: UERJ/Abrasco.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicologia*, 44(2), 235-245.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Brasília
- Daniel, H., & Butkus, R. (2015). Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Disparities: Executive Summary of a Policy Position Paper From the American College of Physicians.

- Annals of Internal Medicine*, 163(2), 135. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.7326/M14-2482>
- de Sousa Campos, G. W. (2006). Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde E Sociedade*, 15(2), 23–33. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200004>
- de Souza Soares, J. C. R., & Camargo Jr, K. R. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface-Comunic., Saúde, Educ*, 11(21), 65–78. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>
- do Bonsucesso Teixeira, F. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in) certezas da transexualidade. *Estudos Feministas*, 20(2), 501–512. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200011>
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration, specifying requirements for health care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.
- Fallin-Bennett, K. (2015). Implicit Bias Against Sexual Minorities in Medicine: Cycles of Professional Influence and the Role of the Hidden Curriculum. *Academic Medicine*, 90(5), 549–552. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000662>
- Foster, D. W. (2001). Consideraciones sobre el estudio de la heteronormatividade en la literatura latinoamericana. *Letras: literatura e autoritarismo*, 22 (1), 49-53.
- França, I. L. (2007). Identidades Coletivas, Consumo e Política: a aproximação entre mercado GLS e Movimento GLBT em São Paulo. *Horizontes Antropológicos*, 13 (28), 289-311.

- Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832007000200012>
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Simoni, J. M., Kim, H.-J., Lehavot, K., Walters, K. L., Yang, J., Hoy-Ellis, C. P. (2014). The health equity promotion model: Reconceptualization of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health disparities. *American Journal of Orthopsychiatry*, 84(6), 653–663. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1037/ort0000030>
- Glass, R. D. (2013). Revisitando os Fundamentos da Educação para a Libertação: o legado de Paulo Freire. *Educação & Realidade*, 38(3), 831–851. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S2175-62362013000300008>
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.
- Goya, W. (2008). O Ensino Terapêutico da Filosofia na Universidade: a formação de ignorantes sem culpas. *Fragmentos de Cultura*, 18 (2), 239–246.
- Hill, D. B., Willowghby, B. L. B. (2005). The Development and Validation of the Genderism and Transphobia Scale. *Sex Roles*, 53 (7), 531–544. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-005-7140-x>
- Kitts, R. L. (2010). Barriers to optimal care between physicians and lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning adolescent patients. *Journal of Homosexuality*, 57, 730–747. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2010.485872>
- Leal, B. S., Carvalho, C. A. (2012). A grande mídia brasileira e identidades LGBT: um retrato em 2008. *Revista Acadêmica de la Federación Latinoamericana de Facultades de Comunicación Social*. 84, 1-24. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dialogosfelafacs.net/wp-content/uploads/2012/07/84-Revista-Dialogos-A-grande-midia-brasileira-e-identidades-LGBT.pdf>

*Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990)*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000200003>

Louro, G. L. (2013). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica.

McNair, R. P., & Hegarty, K. (2010). Guidelines for the Primary Care of Lesbian, Gay, and Bisexual People: A Systematic Review. *The Annals of Family Medicine*, 8(6), 533–541. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1370/afm.1173>

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. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000200005>

Melo, A.P.L. (2010). *"Mulher Mulher" e "Outras Mulheres": gênero e homossexualidade(s) no Programa de Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Mendes, E. V., Teixeira, C. F., Araujo, E. C., Cardoso, M. R. L. (1993). Distritos sanitários: conceitos chaves. Em: E. V. Mendes (Org.), *Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (pp 159-186). São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco.

Moll, J., Krieger, P., Moreno-Walton, L., Lee, B., Slaven, E., James, T., Hill, D., Podolsky, S., Corbin, T., Heron, S. L. (2014). The Prevalence of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Education and Training in Emergency Medicine Residency Programs:

- What Do We Know? *Academic Emergency Medicine*, 21(5), 608–611. Recuperado em 03 Julho, 2015, de <http://doi.org/10.1111/acem.12368>
- 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.
- Müller, A. (2013). Teaching lesbian, gay, bisexual and transgender health in a South African Health Sciences Faculty: addressing the gap. *BMC Medical Education*, 13(1), 1-7. Recuperado em 06 Dezembro, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6920-13-174>
- Musial, D. C. (2013). Políticas Públicas LGBT: cidadania e democracia participativa. *Revista Científica CENSUPEG*, (3), 2-8.
- Nogueira, R.P. (1994). *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Obedin-Maliver, J., Goldsmith, E. S., Stewart, L., White, W., Tran, E., Brenman, S., Wells, M., Fetterman, D., Garcia, G., Lunn, M. R. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA*, 306(9), 971–977. Recuperado em 06 Dezembro, 2015, de <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2011.1255>
- Rodrigues, M., & Ferro, L. F. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 32(3), 552–563.
- Rosa, M. B., & Perini, E. (2003). Erros de medicação: quem foi? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49(3), 335–41. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302003000300041>
- Rubin, R. (2015). Minimizing Health Disparities Among LGBT Patients. *The Journal of the American Medical Association*, 313(1), 15–17. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2014.17243>
- Rufino, A. C., Madeiro, A. P., & Girão, M. J. (2013). O ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev Bras Educ Med*, 37(2), 178–85.

- Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022013000200004>
- Sousa, M. F. (2007). *Saúde da Família e os Conceitos Necessários: Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica*. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília. Recuperado em 06 Dezembro, 2015, de <http://dx.doi.org/10.5380/fsd.v8i2.7984>
- Souza, M. H. T. de, Signorelli, M. C., Coviello, D. M., & Pereira, P. P. G. (2014). Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(7), 2277–2286. Recuperado em 21 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013>
- Smith, J. A., Harré, R. & Langenhove, L. V. (1995). *Rethinking Methods in Psychology*. SAGE Publications, Londres.
- Starfield, B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS.
- Stotz, E. N. (1991). *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Travassos, C. (1997). Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 325–330. Recuperado em 11 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000200024>
- Vianna, C. P. (2015). O movimento LGBT e as políticas de educação de gênero e diversidade sexual: perdas, ganhos e desafios. *Educação e Pesquisa*, 41(3), 791–806. Recuperado em 18 Janeiro, 2016, de <http://doi.org/10.1590/s1517-97022015031914>

## 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, os(as) demais membros da equipe estão preparados(as) para atender às demandas dessa população? Por quê?

### **Bloco C: A organização e qualidade da atenção à saúde da população LGBT (qualidade)**

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

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

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

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

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

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

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

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

**7C.1.** Se sim, quais?

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

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

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

#### **Bloco D: A política de saúde integral LGBT**

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

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

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

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

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

**6D.** 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?