

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

CRISTIANO VIANA DE LIMA

**Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na
Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos**

Maringá
2017

CRISTIANO VIANA DE LIMA

**Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na
Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, para Exame de Defesa como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta

Maringá
2017

CRISTIANO VIANA DE LIMA

**Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na
Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Murilo dos Santos Moscheta
Universidade Estadual de Maringá (Orientador/Presidente)

Prof^ª. Dr^ª Rozilda das Neves Alves
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera
Universidade Federal de Uberlândia

*Para Elis, que bagunçou com tudo
que eu compreendia por amor... e
por quem me alimento na luta para
que o mundo que ela habite seja
um mundo melhor, com mais
tolerância, justiça e diversidade*

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para todos que morreram por ser quem eram e, por isso, pagaram com a vida a ousadia de sua essência.

Jake Helen, **travesti** (morta a tiros); **Edgar da Silva**, gay (asfixiado); Itaberly Lozano, gay (facada); Luiz Carlos, **heterossexual**, (espancado por defender uma travesti); Eudes Oliveira, gay (**estrangulado**); Marcelo de Oliveira, gay (facada); Bruno Moura, gay (esquartejado); **Paula Raio**, travesti (tiros); Edvan de Souza, **gay** (carbonizado); Fabiana Braz, **lésbica** (tiros); Gabriel Gomes, homen trans (tiros); Eduardo Araújo, **gay** (tiros); Juliano Hayne, gay (**suicídio**); José Eleninson, gay (facadas); Paloma Lourenço, **lésbica** (suicídio); Felipe Lima, gay (suicídio); G.A. de Godoy, travesti (**tiros**); Bruno Gustavo, gay (**pauladas**); **Marcos Melo**, gay, (suicídio); Will Rhillary, travesti (apedrejada); Willian Cardoso, **gay** (asfixia); Wellington Soares, gay (**apedrejado**); Robert Konzen, gay (suicídio); Bel Ziza, **mulher trans** (estrangulada); João Max, gay (suicídio); **Márcia Medeiros**, mulher trans (**suicídio**); Dandara, travesti (**torturada** e morta por tiros); **Giovani Carra**, gay (asfixiado); **Cristine Maria**, lésbica (espancada); Claudim Jhonson, gay (suicídio); **Lucas Louveiro**, gay (suicídio); **Paola Bracho**, travesti (estrangulada); Daniel Francisco, gay (tiros); Raul Souza, gay (**suicídio**); Iuri Dantas, **homem trans** (suicídio); Rafael Guilherme, homem trans (tiros); Igor Maciel, gay (**pauladas**); Valdir Macário, **casado** e

bissexual (tiros); Day Azevedo, homem trans (tiros); **Letícia Lopes**, lésbica (suicídio); Alynda Leite, mulher trans (**asfixiada**); Maximiliano de Oliveira, gay (**marteladas**); Jenifer Toledo, **mulher trans** (asfixiada); Gervásio Pinto, gay (**facadas**); Luiz Carlos, gay (**espancado**); Bianca, **mulher trans** (asfixiada); Paulo César, gay (espancado); Rafinha Silva, homem trans (tiros); Aldo José, gay (suicídio); Daniel Thiele, gay (tiros); **Larissa**, mulher trans (tiros); Christopher Eduardo, gay (**suicídio**); Pâmela, **travesti** (tiros); Amin Costa, gay (facadas); Davi Souza, gay (apedrejado); **Mateus Silva**, gay (asfixiado); **Lidiana Santana**, lésbica (outras causas); Jaqueline, travesti (atropelada); José Wilton, gay (asfixiado); Romeu Coridola, gay (facadas); **Tiffany Rodrigues**, travesti (enforcada); Sabrina Souza, **travesti** (espancamento); Wesley Aguiar, gay (espancado); Genilson Honório, gay (tiros); **Valdecy Coelho**, gay (asfixiado); Leonardo Santiago, gay (**espancado**); Edymara Mesquita, travesti (enforcada); Nickolle Rocha, mulher trans (espancada); Maurício dos Santos, gay (**enforcado**); Diego Vieira, gay (**espancado**); André Felipe, gay (facadas); Afrânio, gay (facadas); Welder Monteiro, gay (enforcado); Orlando Gerônimo, gay (**apedrejado**); Luana Barbosa, **lésbica** e andrógina (espancamento por policiais); *criança de 10 anos* (espancada); Douglas Pontes, gay (**suicídio**); Leandro Haab, gay (suicídio);

Dados retirados do site <<https://homofobiamata.files.wordpress.com/2013/02/ggb-registros-20161.pdf>>

AGRADECIMENTOS

Escrever é sempre uma tarefa solitária, árdua, e às vezes ingrata. Mas também aposto no seu caráter relacional, já que toda escrita, inclusive esta, possui ecos de uma porção de encontros. E estes encontros, aos quais agradeço aqui, não podem deixar de ser lembrados já que coparticiparam desta produção, mesmo nos desencontros.

Agradecimentos mais que especiais ao meu orientador, Prof. Dr. Murilo, pela extrema paciência, insistência, compreensão e por conseguir extrair de mim mais do que eu imaginava possuir. Foram quase três anos de intenso aprendizado e descobertas, que me lançaram de volta na psicologia de um jeito jamais cogitado por mim. Agradeço imensamente as orientações, os apontamentos que me encorajaram até mesmo a refazer toda esta dissertação. Seu modo de fazer as orientações e colocações foi singular neste processo de orientação.

À Prof^a. Dr^a. Rozilda Neves e ao Prof. Emerson Rasera pelas preciosas contribuições desde a qualificação, especialmente pelo questionamento totalmente inesperado que tanto me mobilizou naquela ocasião. Graças a vocês a solidez deste trabalho pode avançar.

Aos professores do PPI, cujas disciplinas oportunizaram as primeiras reflexões que tornaram este trabalho possível. E à Secretaria do Programa de Pós-Graduação, especialmente a Wal, cuja disponibilidade e paciência para com minhas dificuldades burocráticas foram de grande alívio e apoio nos momentos de desespero.

Às psicólogas e psicólogos, sujeitos desta pesquisa, que participaram oferecendo-nos as narrativas de suas experiências e compreensões. Não é fácil ser sujeito de pesquisa sabendo que serão avaliados e, quando o fizeram, contribuíram para pensarmos e qualificarmos o acesso das pessoas LGBT nos serviços de Atenção Básica.

Às Professoras Rozilda Neves, novamente, e Vanessa Denardi, pelos imensos aprendizados durante o PET e por ter sido plantado lá, com vocês, a semente deste mestrado. As discussões sobre um projeto de SUS que buscávamos construir com os alunos serviram e ainda serve na minha atuação profissional e agora acadêmica.

Às amigas e minhas inspirações de mestrado, Dani e Bah, bem como ao amigo Rodrigo, pessoas que me proporcionaram uma porção de novidades e que me auxiliaram mesmo quando não sabiam que estavam em meu auxílio. Seus posicionamentos, considerações e paixão pela pesquisa me guiaram muitas vezes e me motivaram a continuar na luta. À colega de mestrado e de trabalho, Zara, com quem partilho a singularidade de luta

por uma saúde para todos. E ao Paulo, cujas provocações me mostraram quantos meus limites e privilégios me cegam para algumas formas de sofrimentos.

Aos meus colegas de equipe NASF, Alessandra, Michele e Suellen, por terem me suportado, durante este processo, minhas “oscilações motivacionais e emocionais” na nossa equipe que tanto nos demanda e que tanto nos ensina. Obrigado por compartilhar tantos projetos por uma saúde melhor.

Às colegas de categoria, as psicólogas de outros NASF Renata Pedreiro, Valéria, Renata Rosolen, Fernanda Vasconcelos, Zulmira, Joice, Heloíza e Fernanda Maciel, por dividirem comigo projetos por uma psicologia mais justa e acessível, e comprometida com os usuários dos serviços. E por me incentivarem neste projeto sempre quando eu precisei de apoio.

Aos meus pais, Dalva e Luis, com sua docilidade, tolerância e motivação, sempre acreditaram que eu alcançaria outros voos, mesmo quando eu ainda nem voava, cujos ensinamentos continuam fazendo sentido cada dia, agora como adulto e pai. E aos meus irmãos, Fred e Rafa, com os quais compartilho minha história de vida e que, junto com minhas cunhadas Selma e Ana, completam nossa família. Ao meu sobrinho, Ricardo, cuja vinda inaugurou a *avosidade* nos meus pais.

Se agradecimento puder vir acompanhado por pedido de desculpas, agradeço imensamente à minha esposa Kelly, por ter abdicado de sua companhia tantas noites para aventurar-me nesta escrita e de quem tive tanta compreensão e colaboração. À minha filha Elis, que nasceu logo depois de iniciado este processo de mestrado e por quem luto para que o mundo que ela habite seja mais justo e solidário. Se por ela me movimento, por ela me encontro Esta dissertação tem a sua idade.

Enfim, a todas as pessoas cujos nomes me escapam, mas não suas contribuições para que este trabalho pudesse estar finalizado.

Encontros só podem ocorrer após desencontros. Se a escrita desta dissertação foi solitária, que sua leitura e efeitos possam produzir muitos outros encontros.

Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos

RESUMO

O Sistema Único de Saúde visa promover o acesso a saúde a todas as pessoas, com equidade e sem distinção de raça, classe social e orientação sexual. A população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) sofre com a exclusão e discriminação, violências que são reproduzidas em contextos de cuidado a saúde, demandando a implantação de políticas públicas específicas para garantir e qualificar o acesso. O presente trabalho teve como objetivo analisar os sentidos produzidos por profissionais da psicologia que atuam em Unidades Básicas de Saúde de Maringá acerca do acesso a saúde para a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Foram realizadas entrevistas com sete profissionais da psicologia Atenção Básica no município de Maringá-PR. As entrevistas foram audiogravadas e posteriormente transcritas e analisadas a partir do construcionismo social. A análise do discurso das profissionais foi organizada na discussão de quatro mitos com relação ao acesso. *Mito da Igualdade*, refere-se à crença da igualdade entre as pessoas, desconsiderando os determinantes sociais mais presentes na população LGBT, dificultando que o profissional proponha ações mais específicas para esta população. *Mito da Formação Específica*, discurso que refere necessidade de formação específica para o combate da discriminação, desconsiderando seu papel pessoal na reflexão de sua prática, bem como as demais políticas de saúde e outras resoluções da psicologia que já oferecem condições de orientar boas práticas; O *Mito da figura caricatural*, por sua vez, organiza a compreensão destes profissionais sobre as pessoas LGBT de um modo estreito, caricaturado e estereotipado que invisibiliza parte deste segmento LGBT bem como necessidades de saúde). Por fim, o *Mito da Neutralidade*, que se faz a partir das descrições de práticas distantes e técnicas, centradas no mundo mental do sujeito, não considerando o compromisso ético e político da psicologia. Desta forma, o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais só será efetivo e qualificado quando os profissionais problematizarem estes discursos e reconhecerem o papel da psicologia na construção de um SUS efetivamente equânime.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Acesso; Psicologia; LGBT

Meanings of psychology professionals about access of the LGBT population in Primary Health Care in Maringá, PR: four pernicious myths

ABSTRACT

Brazil's Universal Health System aims at promoting health access to all people, equally and regardless of race, social class and sexual orientation. The gay, lesbian, bisexual, transvestite and transsexual population (LGBT) suffers from exclusion and discrimination, aspects of violence replicated in the health environment; this situation has promoted the creation of specific public policies to secure and improve such universal access to the health system. This paper aims at analyzing the meanings that psychology professionals in Maringá's Basic Health Units have about this population's access to health. Methodology: for this research, we did interviews with psychologists, followed by analysis guided by the social constructionism theory, based on the principle that we actively and collectively build the world as well as ourselves in our relationships. We organized the results and discussion in only one axis: Myths, with four analytical categories: Myth of Equality, whose speech is based on the belief of equality between people, disregarding the social determinants most present in this population, and originating impartial practices, similar to the correct and best ones; Myth of Specific Qualification, which points to the need of specific qualification to counteract discrimination - a qualification unavailable in their academic history, consequently disregarding their personal role in the reflection about their practice - as well as other health policies, resolutions and the psychology professional code, all of which already offer conditions to guide good practice; the Myth of the Caricatural Figure organizes the understanding of LGBT people in a narrow, caricatural and stereotyped way. Finally, the Myth of Neutrality derives from descriptions of distant practices and techniques centered in the person's mental world, and disregards the psychology ethical and political commitment. In this way, health access to gays, lesbians, bisexuals, transvestites and transsexuals will only be effective and qualified when psychology professionals discuss these discourses and recognize the role Psychology plays in building an effectively egalitarian Health System.

Keywords:: Unified Health System, Access, Psychology; LGBT

SUMÁRIO

PARTE I: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A POPULAÇÃO LGBT

1 – OS (RE)CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL.....	17
1.1 O Sistema Único de Saúde	20
1.2 Populações Específicas: operacionalizando a equidade	23
2 LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DAS IDENTIDADES, VISIBILIDADES E POLÍTICAS	27
2.1 Políticas Públicas para a População LGBT	30
2.2 Saúde da população LGBT: homofobia e seus determinantes sociais	33
2.3 O enfrentamento da Homofobia como Necessidade de Saúde	38
2.4 Homofobia como um sistema amplo de opressão e discriminação	41
3 POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS	44
4 ACESSO: UM CONCEITO EM EXPANSÃO	47
4.1 Definições, considerações e possibilidades de compreensão	50
4.1.1 Acesso como uma dimensão econômica e de custeio	51
4.1.2 Acesso como característica política e de organização dos serviços ..	53
4.1.3 Acesso a partir das práticas profissionais	55
5 ATENÇÃO BÁSICA COMO PRIMEIRO ACESSO	60
6 UMA SÍNTESE POSSÍVEL	64
PARTE II A CONSTRUÇÃO DO CAMPO DE INVESTIGAÇÃO	
7 CIÊNCIA E SENTIDO: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL	66
7.1 Objetivo Geral	68
7.1.1 Objetivos Específicos	68
7.2 Método	69
7.3 Estratégia para Análise	72
7.4 Mitos: uma compreensão possível	73

7.5	Considerações sobre o campo de pesquisa	77
7.6	Discussões e inquietações éticas	77
8	ANÁLISE E DISCUSSÃO	80
8.1	Os Mitos em relação ao acesso da população LGBT no SUS	80
9	O MITO DA IGUALDADE	82
9.1	Diferenças que não importam	84
9.2	Diferenças que importam	92
9.3	Equidade e a Política de Saúde LGBT	95
10	O MITO DA FORMAÇÃO ESPECÍFICA	105
10.1	Desmistificando a formação específica	106
10.2	Saberes, especificidades e o Mito da Formação Específica	112
10.3	De quem é a responsabilidade?	116
10.4	Formação e a Política de Saúde LGBT	123
11	O MITO DA FIGURA CARICATURAL	126
11.1	Descrições, Estereótipos e normas: a diversidade estreitada	126
11.2	Sobre alguns Silêncios	136
11.3	Construção de uma diversidade: apostas	138
12	– O MITO DA NEUTRALIDADE	142
12.1	A ausência das pessoas LGBT nos Serviços de Saúde	143
12.2	Protocolos, técnicas e práticas orientadas pelo Mito da Neutralidade.....	149
12.3	O Papel da Política de Saúde LGBT no cotidiano profissional	156
13	– CONSIDERAÇÕES FINAIS	159
	REFERÊNCIAS	166
ANEXO A	Roteiro de entrevista semi-estruturado para profissionais	179
ANEXO B	Termo de Consentimento Livre e Pós-esclarecido	180
APÊNDICE I	Trechos Selecionados das Entrevistas	181

APRESENTAÇÃO

Sobre crises de identidade(s) e a experiência de estar nu

Produzir esta dissertação foi, sem dúvidas, me reinventar e me produzir junto com ela. E isso passa por diversas reinvenções de identidades que fui tendo que enfrentar para me sentir pertencente à este lugar de mestrando e pesquisador no campo de gênero e sexualidade, bem como a paternidade que aconteceu em pleno mestrado. Estes são alguns exemplos destas reconstruções.

Iniciei minha aproximação com a Universidade Estadual de Maringá a partir do convite da Prefeitura Municipal de Maringá, onde sou servidor público, para preceptoria do Programa de Educação pelo Trabalho – PET. Por ser psicólogo que atua num Núcleo de Apoio à Saúde da Família, a preceptoria teve um lugar muito importante na minha prática profissional mas foi, também, minha primeira aproximação com noções e práticas de supervisão, orientação e de lecionar. Práticas que eram, até então, muito tranquilamente refutadas por mim uma vez que não me via neste lugar... mas esta discussão faço adiante.

O que é pertinente aqui é que este contato com a UEM, especificamente com o Departamento de Psicologia me aproximou das discussões de produção de conhecimento e de fazer pesquisa. Ainda durante o PET, busquei informações sobre possíveis aulas como aluno não regular, como modo de “agregar” conhecimento e formação e me interessei pelas aulas do Prof. Dr. Murilo Moscheta, que discutia especificamente o Construcionismo Social - teoria que sou entusiasta desde minha formação em Terapia Familiar Sistêmica. Este foi o mote de minha aproximação com o Prof. Murilo: queria aprender mais sobre o construcionismo.... e assim fui fazer sua disciplina.

Com o passar do ano, a ideia de ingressar no mestrado foi ganhando espaço e força, apoiado pelas Supervisoras do PET, a Prof. Dra. Vanessa Denardi, do Departamento de Enfermagem e a Prof. Dra. Rozilda Neves, do Departamento de Psicologia, cujas conversas e acolhimento nos momentos de dúvidas e indecisões me foram muito oportunas. Ao final do ano, quando já haviam sido abertas as inscrições para ingressar no Programa de pós-graduação da UEM – Mestrado – já estava mais claro para mim o desejo de cursar esta pós, porém não sem receios e medos de qualificação para esta empreitada. Refiro-me aqui especificamente ao recorte de estudos de diversidade sexual e gênero, como critério para seleção dos alunos.

Não foi nenhum problema para mim me propor a realizar, se aprovado, qualquer trabalho dentro deste campo de estudos e discussão, ainda para mim muito novos. Sempre me descrevi como tolerante, não preconceituoso e aberto a quaisquer discussões e como quem conseguisse compreender e legitimar diversas possibilidades de expressão da sexualidade humana. Aliás, tolerância é uma expressão que tenho procurado abolir seu uso, afinal quem sou eu para tolerar alguém? De que lugar eu falo quando me refiro como tolerante? Como se eu ocupasse um lugar de privilégio que tolera os demais. A segunda crise de identidade, portanto, foi a de me perceber como reprodutor, sem perceber, claro, de discriminação, preconceitos e de minimizar o sofrimento das pessoas que sofrem estes tipos de violência. Este foi um cuidado que procurei ter inclusive na escrita desta dissertação.

De qualquer forma, os estudos de gênero e sexualidade foram ganhando espaço no campo acadêmico e afetivo. Aproximei-me rapidamente deste campo de conhecimento com muito apreço e entusiasmo, sem qualquer problema. Aliás, foi muito relevante para minha vida pessoal profissional e acadêmica poder participar de uma discussão que envolvia pessoas marginalizadas, impedidas de acessar diversos espaços por ser quem eram. Posso afirmar com segurança que adentrar neste campo de estudos é um caminho sem volta: uma vez que iniciamos, não conseguimos parar.

Acho oportuno apresentar como minha inserção neste campo de estudo e pesquisa provocou efeitos diversos em minhas relações sociais e que me ajudaram a amadurecer, não sem algum esforço. Apesar de me descrever como não preconceituoso, estar dentro deste campo de estudo e pesquisa provocou reações de preconceitos e discriminação, disfarçadas de brincadeiras e comentários que tinham tom de desconfiança e buscavam me definir como “ativista gay”, como “com um pé lá”, entre outras expressões que sinalizavam que a única explicação plausível e factível era que eu devia ter algum interesse muito particular e pessoal por querer estudar gênero e sexualidade, expressões que têm uma associação muito estreita e imediata com gays e lésbicas. Inicialmente, quando buscava inserir alguma discussão sobre esses temas em reuniões de equipe profissional e encontros informais nos locais de trabalho, sempre era acompanhado de expressões de desconfiança, risos e questionamento de cunho pessoal: “você entende bastante desse tema, né?” ou “porque você defende tanto essas pessoas?” são alguns exemplos daquilo que ouvi.

No início, ainda num momento de não perceber meus próprios preconceitos, me pegava vez ou outra justificando que eram apenas discussões teóricas importantes para o processo de trabalho mas que ao final, se propunham à uma defesa de mim mesmo contra desconfianças e comentários que, certamente, ocorriam.

Hoje me sinto muito mais tranquilo e confortável ao discutir este tema. Não escrevo isso aqui para dizer que sofri homofobia mas como forma de organizar minha experiência de me perceber como alguém que temia em se aproximar deste tema devido ao preconceito circunscrito à ele, exercido sobre mim quando decidi estudar. A força reguladora da normatização heterossexual parece tornar esta discussão inteligível para algumas pessoas específicas fazerem e não qualquer pessoa.

Retomo a discussão que fazia antes sobre legitimação e permissão para acessar alguns espaços, que me assombrou durante toda minha vida, mas um assombro que já havia me habituado e até me domesticado ao meu espaço que, certamente, não era este da Universidade. E não via problema algum afinal, eu também pensava desta maneira e acreditava que as coisas eram assim. Eu não me permitia sequer desejar estar neste lugar.

Estou me referindo à uma condição minha muito peculiar e que ainda estou aprendendo a lidar: Eu sou uma pessoa que gagueja. Minha experiência no mundo foi desde muito cedo marcada por isso. Vi em programas televisivos e nas representações midiáticas de pessoas que gaguejam que podemos até ser pessoas legais e competentes, mas que alguns espaços para nós são inacessíveis. Ocupei boa parte da minha adolescência buscando um futuro adequado para alguém como eu, que não me fizesse correr o risco de assumir posições que pudessem me expor e me levar ao ridículo. Entretanto, não me dava conta que esta fuga era nada mais do que uma reafirmação de que meu limite estava posto a partir do modo como eu falo.

Esta talvez foi uma outra grande crise de identidade: pode, alguém como eu, ocupar a universidade e pretender tornar-me professor-pesquisador? Quando consegui me reconhecer como legitimado para estar aqui, tive que deixar para trás uma história de limitação imposta por mim mesmo e talvez pela sociedade e me arriscar num campo de estudo que, sem dúvida, aciona noções de discriminação e segregação muito mais violentas das que sofri, mas que certamente, me constituiu como pessoa e, agora, como mestrando. Possuo, guardadas na memória, uma porção de cenas e lembranças em que o modo como eu falava buscando afirmar ou defender uma ideia ou desejo era sucedido de expressões de risos, de tentativas em me ajudar do tipo “fale devagar que você consegue”; “você gagueja porque é ansioso”; “você deve ter algum trauma de infância por falar assim”, entre outros. Até mesmo na condição de profissional da psicologia, esta condição por vezes é mote para questionamentos sobre minha habilidade em lidar com as emoções se “nem das minhas próprias emoções eu teria controle”.

Ocupar um espaço que antes eu considerava como inacessível e como não autorizado a estar é, sem dúvida, um norteador que me guia e me insere nesta discussão de acesso para

peças LGBT no campo da saúde. Os serviços de saúde são espaços que muitas vezes não são legitimados como possibilidade para pessoas LGBTs. Num esforço por me incluir nesta narrativa, o medo de como seremos vistos, avaliados, os olhares e comentários, que são expressões mais sutis de discriminação, ocupa grande lugar em nossas vidas e conseguir enxergar as brechas de possibilidades é, sem dúvida, parte de nossa rotina. Agradeço ao Prof. Murilo por me acolher como sou e enxergar em mim potencial que, certamente, eu mesmo, em alguns momentos, tive dificuldades em ver.

Um último aspecto de quem sou que é oportuno compartilhar aqui é ser psicólogo, que atua na Atenção Básica, especificamente um Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Este é um lugar muito específico que trago para a construção desta dissertação, já que me orientou na escolha do campo de estudo – trabalhadores da Atenção Básica – e certamente tem implicações éticas e pessoais com o que estou construindo. Ser trabalhador do NASF me coloca num lugar de quem tem que fazer esta discussão com os demais trabalhadores. O matriciamento é a principal lógica de trabalho no NASF, matriciamento compreendido como produzir saúde e cuidados de forma compartilhada com as equipes de saúde.

Por vezes sou cuidadoso demais ao me referir às práticas dos trabalhadores da Atenção Básica, que não referem a si mesmo como preconceituosos ou como reprodutores de discriminação institucional. Meu lugar de NASF está aqui: cuidar para que em qualquer possibilidade de algum trabalhador de ler este trabalho, ou oportunidade de eu levar esta discussão nos processos de matriciamento seja um convite ao diálogo reflexivo e transformador. Por outro lado, ao trazer para esta reflexão o conceito de diálogo também me obriga a colocar um interlocutor como coparticipante deste diálogo – a voz das pessoas LGBT. O diálogo, espero, poderia oportunizar que as pessoas LGBT sejam o centro do cuidado, permitindo os profissionais se disporem de protocolos e tecnicismo quando estes não assistirem as necessidades destas pessoas. Para este fim, a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais se apresenta para mim como eixo organizador desta conversa, garantindo que a excelência do cuidado em saúde, que é interesse de todos, trabalhadores e população LGBT, seja o horizonte deste diálogo.

Sobre a Experiência de estar nu

Encerro esta apresentação provocando uma reflexão que tive que fazer e faço hoje ainda, mais do que nunca. Quero refletir sobre a experiência de estar nu. Explico-me.

Após aprofundar os conceitos teóricos, participar de ávidas discussões em sala, orientações com o Prof. Murilo e com os(as) colegas de mestrado, eu saí de um lugar

confortável e desnecessário de explicações para estar num limbo, num lugar em que não há o que sustente ou explique. Ser heterossexual é um acontecimento em minha vida que não tenho, hoje, explicações para isso. Estar nu é uma metáfora para me referir o quão frágil é este lugar de heterossexual. Tenho percebido como as pessoas LGBT têm sua sexualidade escancarada, discutida e exposta ao imaginário das pessoas de modo violento. Como somos educados para nos envergonharmos de nossos corpos, nossas práticas sexuais, domesticamos nossos desejos e fantasias. Estar nu é me perceber como tendo ocupado este lugar de reprodutor de preconceitos e discriminações apoiado em ideias e crenças que hoje as vejo como equivocadas. Estar nu é, certamente, o sentimento que me atravessa ao me ingressar na tarefa de desconstruir explicações e crenças que até então fazia sentido para mim. Mas a um custo alto para outras pessoas.

São algumas considerações que têm me construído como pessoa, como pai, como pesquisador e mestrando que não escapam ao momento singular que tem sido para mim esses últimos três anos. Estes muitos “eus” estão longe de uma fragmentação que enfraquece, para, sim, serem possibilidades de me inserir neste campo de estudos e pesquisa, no mestrado e nas relações sociais.

PARTE I

O Sistema Único de Saúde e a População LGBT

1. OS (RE)CAMINHOS DA SAÚDE NO BRASIL

Por ser trabalhador da saúde já a quase seis anos, podendo compartilhar experiências e histórias com os colegas de trabalho mais antigos, tenho notado que campo da saúde no Brasil é, com frequência, palco de tensões, coalizões e alianças, em cada tempo regido sob égides que sinalizam distintos pontos de vistas políticos e de interesses sociais, mas sempre sobre prerrogativas comuns de um bem-estar coletivo, como o saneamento, combate a doenças endêmicas e transmissíveis, entre outros. Contudo, conforme pretendo apontar mais adiante, essa coletividade, que até então era vista como homogênea e foco dos interesses políticos de um dito bem-estar, tem suas especificidades e diferentes necessidades de saúde, sendo essa noção do “bem estar da população”, embora necessária, ainda aquém para uma resposta eficaz sobre a saúde das pessoas. Afinal, de que população estamos falando? Onde elas estão? Como elas vivem? Quais fatores, circunstâncias e condições incidem sobre sua saúde?

Para que respostas sobre a condições de saúde da população produzissem efeitos desejados, elas têm que estar em consonância com uma compreensão do indivíduo em sua totalidade (biopsicossocial) o que pressupõe cuidar para que qualquer que seja a forma de olhar o sujeito, ela deve contemplar o território e todas suas vicissitudes, seu impacto na vida das pessoas, bem como cada sujeito vive e se desenvolve, as condições de acesso a bens e serviços, de acordo com necessidades específicas, pessoais, comunitárias ou regionais. A participação da comunidade, alvo das ações e, por natureza, aquela quem deve avaliar e ser coparticipe na sua construção também deve ser um norteador importante de um sistema de saúde. O Sistema Único de Saúde – SUS – representa essa ideia.

Até por volta da década de 1960 a saúde no Brasil apresentava dois modos de operação que organizavam rusticamente dois “sistemas de saúde”: a) Medicina previdenciária, cujo foco estava voltado para trabalhadores formais, e que residiam nas áreas urbanas, sistema que durou até a criação do SUS. Por trabalhadores formais entenda-se aquele que poderia comprovar, de alguma forma, seu ofício. b) A outra forma de ação do estado em saúde levava o nome de Saúde Coletiva propriamente dita, destinada mais às áreas rurais e pessoas pobres, com caráter preventivo. (Paiva & Teixeira, 2014). O curioso parece ser que o caráter preventivo aqui referido parece se encerrar nesta ação “prévia”, não garantindo o acesso ao cuidado das pessoas mais pobres a serviços de saúde no caso de uma condição de saúde já instalada.

O movimento sanitariaista inicia, a partir da década de 70 e nas seguintes, uma forma ousada e dissidente de se pensar políticas de saúde no Brasil. O movimento apresentava discurso que criticava o modelo vigente e propunha práticas e políticas inovadoras no campo da saúde. Trouxe, também, a retomada das discussões sobre as determinações sociais da saúde, que haviam declinado no advento da era bacteriológica. A redemocratização ainda não havia alcançado sua força e culminação para que fosse possível a concretização de seu projeto. Contudo, mesmo não conseguindo a tão sonhada mudança na saúde e na sociedade, o movimento sanitariaista “contribuiu para a difusão da noção do direito à saúde, como parte da cidadania e para a reforma democrática do Estado” (Pain, 2008, citado por Paiva & Teixeira, 2014; Barros & Souza, 2016).

Apesar de se correr o risco de minimizar o impacto da ineficácia das políticas de saúde neste período, podemos apontar apenas como um retrato grosseiro de como era o caos para o acesso à saúde: filas para ter acesso a atendimentos médicos; falta de leitos hospitalares; falta de repasse financeiro aos municípios e, quando realizado, insuficiente para as demandas locais; baixa cobertura assistencial e disseminação de doenças marcadamente da pobreza, como as verminoses e aquelas de veiculação hídrica e outras doenças e endemias que atravessaram o século ou que tinham acabado de surgir (tuberculose, AIDS); profundas desigualdades no acesso e qualidade da assistência, o alto custo, viaturas itinerantes em bairros e vilas, etc (Souza & Costa, 2010; Polignano, n.d.; Matos, 2010; Santos, 2013; Paiva & Teixeira, 2014), que são frutos característicos das políticas de saúde da época, consideradas privatizantes e favorecedoras da mercantilização da saúde, de cunho tecnocrático, autoritário, centralizador e privatizante (Matos, 2009). Não bastasse a precariedade do sistema de saúde, ainda em tempos de grande desemprego, somente trabalhadores, os que contribuíssem para o sistema previdenciário, tinham direito aos serviços públicos de saúde (Mello, Berilo, Braz e Pedrosa, 2011).

O que parece ser comum a essas adversidades é a noção de acesso (ou a falta dele) cuja precariedade era uma das maiores causas das iniquidades na saúde. Num contexto político que sequer era permitido críticas e liberdades de expressão, a luta por uma saúde cujo acesso fosse universal encontrou força e espaço para germinar. Democracia que a própria história da saúde pública ajudou a desenvolver. Segundo Lima, Fonseca e Hochman (2005) a história da saúde pública brasileira faz parte da identidade das conquistas pelo estado democrático de direito. Foram as políticas de saúde que configuraram e deram ao Brasil uma identidade das conquistas pela cidadania e direitos sociais no Brasil. Dito de outro modo: a

saúde no Brasil parece ter sido a "porta-bandeira" para as conquistas de demais direitos e para a cidadania dos brasileiros. Conquistas que viriam a se concretizar na década seguinte.

O Brasil viveu e viu a década de 80 se tornar representativa na busca de direitos, assim como o direito à saúde. Sendo um período de lutas pela redemocratização, essa busca pela igualdade de direitos no campo da saúde teve sua gênese também assentada no caos que era a saúde pública naquele período. O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, não apenas deixa de esconder mas também afirma o caráter anárquico, pouco eficiente e eficaz do sistema de saúde de então, sendo bastante claro quando o classifica de “um modelo assistencial excludente, discriminatório, centralizador e corruptor” (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 7).

Deste sistema ineficiente, associado à nova forma de se pensar a saúde, com sentido de multicausalidade ampliada, emergiu diversas críticas às práticas de saúde de então, regidas sob a verticalização das intervenções, tendo as doenças como norte, bem como à “medicina curativa centrada na instituição hospitalar e no uso crescente de tecnologias complexas” (Paiva & Teixeira, 2014).

Dessa forma, recém saído da ditadura, o Movimento Sanitarista, ainda que não homogêneo, e a 8ª Conferência Nacional de Saúde ocupam lugares de destaque, um marco nas políticas de saúde vindouras a partir dali. Foi através da força do referido movimento sanitaria que foi possível algum consenso sobre os princípios que iriam nortear a atuação do Estado na Saúde, mesmo não tendo suas aspirações integralmente atendidas (Mattos, 2009). A luta da reforma sanitária se concentrava contra as ações verticalizadas do governo com seu caráter centralizador, que dava destaque para setor privado de saúde e para a setorialização - separação entre saúde pública e assistência médica previdenciária. (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Os deferimentos e avanços conquistados nesta 8ª Conferência iriam orientar a nova constituinte que se concretizaria dois anos mais tarde (Pinheiro, Westphal & Akerman, 2005). Sendo um período de forte redemocratização, foi o próprio governo que convocara esta conferência, para que, democraticamente, se propusesse os novos caminhos para uma saúde pública e acesso e qualidade para todos. A democracia era, para o movimento sanitaria, não apenas um valor em si, mas também um meio através do qual se poderia conseguir uma solução para o problema das desigualdades sociais (Coelho, 2010), grande foco neste período de redemocratização e que, conforme Mattos (2009) trazia os ventos da modernização.

Tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas, bem como as condições de acesso a serviços de qualidade quase inexistentes como o marco zero a partir do qual se

busca o rompimento total, no seio de uma liberdade recém experimentada, as proposições ali construídas tiveram seu espaço para nascer (Pinheiro, Westphal & Akerman, 2005), e afirmar o caráter irrestrito, universal e equânime da saúde, agora compreendida como um direito de todos e um dever do Estado, (Mattos, 2009; Pontes, Oliveira & Gomes, 2014).

Foram vários os avanços construídos a partir da 8ª Conferência que, por sua vez, embasaria o artigo 198 da Constituição de 1988. A construção de um novo modo de compreender o que vem a ser saúde, como sendo multideterminada pode ter sido um dos principais avanços teóricos. A noção de acesso é, provavelmente, o grande divisor de águas nas políticas de saúde dali doravante, que tem crescido e ganhado destaque a partir destes dois marcos legais. Acesso à saúde agora compreendido como direito fundamental de todas as pessoas, que seja igualitário nas ações e serviços, em todos os níveis, de promoção, proteção, recuperação da saúde, para todas as pessoas (Conferência Nacional de Saúde, 1986, p.05). Nota-se que agora se inverte a ordem de responsabilidade: se antes dificuldades de acesso responsabilizavam o sujeito – por não trabalhar (e, portanto, não contribuir), ou não ter registro em carteira – agora o documento aponta que “as limitações e obstáculos ao desenvolvimento e aplicação do direito à saúde são de natureza estrutural” (p.5) e, portanto, não mais dos usuários da saúde. A discussão sobre acesso está localizada mais adiante neste trabalho.

Mattos (2009) faz uma análise de como as propostas do movimento sanitaria na 8ª Conferência foram sendo apreendidos ou refutados na elaboração de um novo sistema de saúde e aponta que, dentre tantos tópicos ali propostos, “apenas um deles foi plenamente acolhido na constituição, mantendo exatamente a mesma redação do relatório da VIII (Conferência Nacional de Saúde): a garantia do direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde” (Mattos, 2009, p. 776).

1.1 O Sistema Único de Saúde

Em 1990, tendo como referência as teses defendidas na 8ª Conferência em 1986, que iria se concretizar, na Constituição de 1988, o direito à saúde a todas as pessoas é instituído no Sistema Único de Saúde, pela Lei N. 8.080 em 19 de setembro de 1990. Compondo um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, o Sistema Único de Saúde rompe com a forma de se pensar saúde como privilégio de uns poucos para uma proposição de saúde como direito de todos, independente de sua contribuição, condição social e outros marcadores de diferença social. O SUS trás

como princípios e diretrizes, dentre outros, assegurados em seu Art. 7º: **universalidade** de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; **integralidade** de assistência; preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; **igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; etc.

Nota-se que em sua redação original não há qualquer menção à palavra “equidade”, termo que vem se fortalecendo no pensamento sanitário brasileiro (Barros & Souza, 2016) e sendo atribuído como um dos princípios filosóficos do SUS. Este termo tem sido preferido ao termo igualdade na assistência à saúde (item IV do art. 7º), uma vez que pensar igualdade faz menção à uma prática homogênea enquanto que equidade trata a diferença como estratégia para se chegar à igualdade. Igualdade, em sua tese original, reverbera, por exemplo, um sentido de iguais direitos no acesso e utilização de um serviço de saúde. Porém, não há observância se há quem necessite de mais ações ou de ações diferenciadas, entre outros. Segundo Barros e Souza (2016) é insuficiente ter a igualdade como ferramenta referencial para o acesso aos serviços de saúde, com vistas à redução da desigualdades no processo saúde-doença entre os diversos grupos populacionais.

Para que se atinja a qualidade desejada é necessário condicionar a garantia do acesso adequado e oportuno às ações e serviços de saúde que respondem às necessidades das pessoas, **na medida dessas necessidades**. É essa ideia de resposta às necessidades das pessoas **conforme suas necessidades** que vem se fortalecendo, sendo nomeado de equidade, sendo uma “justa distribuição desigual”, um tratamento diferente que gera igualdade. (Mattos, 2009 e Ribeiro, 2015). Ou seja, igualdade nem sempre reverbera um sentido de justiça e trazer a equidade para este cenário com esta proposta de justiça é um enorme desafio (Souza, 2007), já que parece implicar a relação entre as pessoas como eixo organizador de uma prática com equidade.

Barros e Souza (2016) identificam algumas tendências no âmbito teórico-prático de se produzir sentido sobre as dimensões do conceito equidade aqui no Brasil. Este sentido transita desde a) oferta (de recursos humanos e uma capacidade instalada, passando pelo b) acesso e utilização dos serviços, c) o financiamento (seja uma despesa pública ou familiar), d) a qualidade da atenção e, por fim, e) situação de saúde e as condições de vida da população.

É a partir deste cenário que a *equidade* vai se fortalecendo e se tornando um dos princípios que mais tem estimulado o surgimento de novas políticas. População indígena, LGBT, negros, mulheres, etc passam a ser alvos de políticas, de ações diferentes e específicas para cada segmento. Inclusive, na dificuldade de acesso pode-se dizer que houve avanços na era SUS, mas ainda é um problema que é enfrentado cotidianamente, porém se escancara quando se trata do grupo LGBT (Mello, Perilo; Braz & Pedrosa, 2011). Discutir, portanto, acesso relacionado a políticas voltadas para grupos específicos é procurar apreender a concepção de equidade como diretriz que organiza “ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente” (Assis & Jesus, 2012, p. 2870).

Pain e Silva (2010) também apontam que com o crescimento das desigualdades entre países, regiões, classes, grupos sociais e étnico-raciais, a noção de equidade tem ganhado destaque, como um recurso que ajuda a orientar formas de direcionar o atendimento conforme a necessidade, ampliando a ideia de igualdade. Também apontam que, com frequência, a palavra igualdade é utilizada como sinônimo de *equidade*, porém ressaltam que este último termo tem ganhado espaço ultimamente, paralelo ao de igualdade, já que “A equidade possibilita a concretização da justiça, com a prestação de serviços, destacando um grupo ou categoria essencial alvo especial das intervenções”, sendo o contraponto para as desigualdades, sejam elas quais forem. Havendo, obviamente, desigualdade entre as pessoas, desde genéticas até aos hábitos que as pessoas têm e os modos de vida, condições macrossociais, essa diferença gera necessidades de saúde também distintas, cujas práticas devem ser igualmente plurais (Coelho, 2010). Ou seja, “a equidade é a introdução da diferença no espaço da igualdade e a eliminação das desvantagens, criando justas oportunidades” (Sancho & Silva, 2013, p. 383).

Conforme Rawls (citado por Coelho, 2010) entendendo que desigualdades são criadas por um processo histórico e pelos modos de organização e de produção da sociedade, a justiça seria realizada pela diferença no tratamento, uma diferença que culmine na igualdade. “Indivíduos diferentes merecem e devem receber tratamento diferente e este tratamento deve se dar de forma a eliminar ou reduzir a desigualdade entre eles” (p.174). Assis e Jesus (2012) também discutem ações voltadas para necessidades específicas, o que gera, claro, diferenciação de ação, uma vez que há distintas necessidades que requerem distintos serviços.

Coelho (2010) também faz uma distinção clara entre equidade em saúde e equidade de acesso, onde naquele primeiro há o reconhecimento implícito que pessoas diferentes sofrem de formas diferentes os impactos dos diversos determinantes sociais da saúde, geram distintas

condições de saúde. E dada condição de saúde não gera automaticamente o acesso devido ao sistema de saúde. É, de acordo com Sancho e Silva (2010), por meio da equidade que o acesso é efetivado, alcançando maior abrangência.

Diante desta discussão, trazer o conceito de equidade para este debate é um elemento chave para entender como vem sendo discutido e implementado o acesso à saúde de populações específicas, vítimas de preconceitos, marginalizações e exclusão – determinações sociais que incidem sobre a saúde das pessoas. Cecílio (2009), de fato, enfatiza que não pode haver equidade e integralidade sem a universalidade do acesso.

Dessa forma, a preocupação que centraliza esforços, custos e organização de gestores e trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde passa a ser a noção de acesso, não apenas à sua estrutura física, mas aos serviços ali oferecidos, de ter suas necessidades acolhidas, compreendidas e cujas respostas estivessem na medida daquilo que as condições de saúde demandam.

1.2 Populações específicas: operacionalizando a equidade

Não se cria igualdade sem a Lei, embora a Lei não faz igualdade por si só (Fleury, citado por Assis & Jesus, 2012, p. 2866)

A 14ª Conferência Nacional de Saúde (2012) envia uma carta à sociedade brasileira em que (re) afirma o desejo de ampliar :

as Políticas de Promoção da Equidade para reduzir as condições desiguais a que são submetidas as mulheres, as crianças, os idosos, a população negra e a população indígena, as comunidades quilombolas, as populações do campo, da floresta e ribeirinha, a população LGBT, a população cigana, as pessoas em situação de rua, as pessoas com deficiência e patologias e necessidades alimentares especiais (XIV Conferência Nacional de Saúde, 2012, p. 86)

Sendo a saúde um direito humano inalienável, o Sistema Único de Saúde deve proporcionar o máximo de justiça social, sem prejuízo de qualquer natureza. Equalizar o acesso as ações e serviços de saúde é uma forma de alcançar esta justiça social (Pontes, 2010). Uma forma de operacionalizar isso é proporcionar aos indivíduos o direito à saúde, “livre de preconceitos ou privilégios, ao acesso a todas as instituições de saúde em qualquer nível de atenção indispensável ao atendimento da necessidade sentida e tecnicamente identificada” (p. 576). Para tanto, estratégias e políticas mais específicas, para universalizar e melhorar o

acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, suas condições de saúde, vêm sendo construídas desde a implantação do SUS (Nonnenmacher, Weiller & Oliveira, 2011).

Diante desta dificuldade e das necessidades específicas de alguns grupos populacionais, o Ministério da Saúde tem instituído políticas públicas para a promoção da equidade. Embora a lei por si só não faça a igualdade, como na epígrafe desta sessão, é por meio dela que é respaldada a garantia dos direitos em condições especiais. Tais políticas visam “Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada” (Brasil, 2013b, p. 06).

Diante destas desigualdades, o setor público deve viabilizar mecanismos de equalizar as diferenças para que essas mantenham sua diversidade sem prejuízo da igualdade de direitos. Tal propositura está presente recentemente na Lei Federal Nº 12.593, de 18 de Janeiro de 2012, que institui o Plano Plurianual 2012-2015. Definido no art. 3º, o PPA “é instrumento de planejamento governamental que define diretrizes, objetivos e metas com o propósito de viabilizar a implementação e a gestão das políticas públicas, orientar a definição de prioridades e auxiliar na promoção do desenvolvimento sustentável”.(Brasil, 2012). A referida Lei Nº 12.593, em seu Art. 4º, tem como princípios, dentre outros, “a garantia dos direitos humanos com redução das desigualdades sociais, regionais, étnico-raciais e de gênero” (inciso I). Parece apontar para uma preocupação do Estado frente às diferenças que geram desigualdades, onde legislações têm que se especializar para promover a equidade.

Há, hoje, diversas políticas e/ou orientações para grupos específicos. Ferraz e Kraiczuk (2010) argumentam que a formulação dessas políticas dependeu, dentre outras questões, da possibilidade de emergência das necessidades dos diferentes segmentos da população a que se destinam. Embora seja cedo para avaliar seu impacto, sua instituição já se configura como um avanço.

Provavelmente, as políticas de atenção à saúde para grupos específicos inauguram-se, mesmo que rusticamente, com a atenção à saúde da criança na década de 50 com ações integradas da saúde e educação, ampliando mais ainda a partir da década de 70 (Araújo, Silva, Collet, Neves, Toso & Viera, 2014).

Outras políticas para populações específicas também foram sendo delineadas na história do SUS como, por exemplo, a Política de Saúde da Mulher, cuja história remonta desde as décadas de 30, 40 e 50, embora com uma visão bastante limitada (hoje até considerada preconceituosa) de mulher “baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com

a saúde dos filhos e demais familiares” (Brasil, 2004 p. 15). Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de articular-se com outras áreas e ampliar as ações, especificando ainda mais (identificando na necessidade de maior equidade) as ações para os *subgrupos* como: mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.

Há diversas outras políticas para grupos específicos dentre as quais pode-se destacar: Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria Nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009), entre outras.

Em 2013, o Ministério da Saúde lança uma cartilha onde compila as principais políticas de promoção da equidade, como “Saúde da População Negra”, “Saúde da População do Campo e da Floresta”, “Saúde da População LGBT” (que será o documento de referência deste trabalho e discutido mais adiante), “Saúde da População em Situação de Rua” e “Saúde da População Cigana”. Cada política específica lança discussões sobre os agravos de saúde e determinantes sociais a que cada grupo está mais sujeito, buscando implementar práticas e normativas que diminuam as vulnerabilidades.

O que estas políticas compiladas neste documento têm de comum é a concepção de maior vulnerabilidade de alguns grupos populacionais, seja por diversos determinantes sociais da saúde, seja por condições de saúde específicas. Segundo o documento, as condições de desigualdades são consideradas como iniquidades onde as Políticas Públicas têm a finalidade de extinguir, senão, diminuir as vulnerabilidade de certos grupos populacionais. Vulnerabilidades estas que são consideradas como determinantes sociais da saúde, como “níveis de escolaridade e de renda, as condições de habitação, acesso à água e saneamento, à segurança alimentar e nutricional, a participação da política local, os conflitos interculturais e preconceitos com o racismo, as homofobias e o machismo, entre outros” (Brasil, 2013b, p. 06).

No mesmo movimento de luta pela visibilidade das suas especificidades, a população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais também tiveram seu protagonismo para que tivessem reconhecido seus direitos, necessidades e acessar serviços com qualidade. Porém, este protagonismo também veio acompanhado de críticas e ataques contra tais conquistas, à exemplo também das políticas para mulheres e negros (Duarte, 2014; Duarte, 2011, Moscheta, 2011).

A sexualidade, com muita frequência na história, é alvo e propriedade de diversos discursos: ciência, religião, educação, antropologia, etc e ainda outros grupos organizados que reivindicam para si a verdade sobre ela (Louro, 2001; Moscheta, 2011). Esta constituição tão intrínseca à vivência humana que não escapou à curiosidade e afirmações da ciência que, ao torná-la objeto de investigação, apropriou-se do discurso de quem estava ou não dentro das normas ou dentro das categorias desviantes. Ao ser confinado ao lugar da psicopatologia também provoca quem está “do lado de dentro das categorias ditas desviantes” que tem a voz para dizer o que são (Foucault, 1979) e, se necessário, reclamar suas necessidades.

2. LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: DAS IDENTIDADES, VISIBILIDADES E POLÍTICAS

Diferente de outros, a luta do movimento LGBT ainda não é pela *defesa* de seus direitos, como acontece com o movimento negro, da criança ou em defesa do meio ambiente, nossa luta ainda é pela *conquista* dos direitos que qualquer cidadão brasileiro possui e aos LGBT são negados devido a sua orientação sexual ou identidade de gênero (Salgado & Pimenta Júnior, n.d; grifo meu)

A identidade de gênero e a orientação sexual que divergem da norma consensual e desafia a lógica binária e biológico/anatômico, cultural e religiosa é, muitas vezes, a causa de uma série de violações de direitos humanos fundamentais, ora gerais para todo o segmento, ora específicas.

A compreensão de orientação sexual e identidade de gênero adotada neste trabalho segue os Princípios de Yogiakarta¹, o qual define a Orientação sexual como à “capacidade de cada pessoa de ter uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas”. Já a Identidade de Gênero, assim definida como uma experiência interna de cada pessoa, de se corresponder, ou não, ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (Princípio de Yogiakarta, 2007, p. 6).

A história do movimento das sexualidades não normativas - que hoje chamamos de movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais); população LGBT, entre outros – é uma história cujos verbos substantivados vão desde a inexistência, passando pela pecaminosidade, invisibilidade, abominação, marginalidade, adoecimento, exclusão, entre outros (Mott, 2001), ainda não superados, inclusive coexistindo ainda hoje.

A sobrevivência foi, durante muito tempo, a principal preocupação de homossexuais, especialmente do sexo masculino, convivendo constantemente com o risco de serem “condenados a diferentes penas de morte: apedrejados, segundo a Lei Judaica; decapitados,

¹ Princípios de Yogyakarta. (). Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf>

por ordem de Constantino em 342 d. C.; enforcados, afogados ou queimados nas fogueiras da Inquisição, durante a Idade Média e até os tempos modernos; despedaçados na boca de um canhão, como se registrou no Maranhão colonial; queimados pelos nazistas nos campos de concentração” (Mott, 2001, p. 41).

No Brasil não foi tão diferente assim. Antes ainda de se falar de um movimento organizado a partir da década de 70, a história do povoamento do Brasil pelos portugueses e europeus tem os conflitos quanto a práticas homoeróticas como um dos eixos da colonização, já que tais comportamentos eram não apenas praticados mas também ostentados pelos povos que já habitavam aqui. Este eixo colonizador acompanhou os demais momentos históricos no desenvolvimento desta terra, acompanhando o mesmo movimento vindo da Europa. (Mott, 2001).

Somente na segunda metade do século XX é que se pode falar em um *movimento homossexual*, entre as décadas de 70 com a formação de pequenos grupos e jornais (Oliveira, 2010) e a década de 1980 (Facchini, 2003). Buscando delinear uma definição do que fora este Movimento Homossexual, Facchini o apresenta como sendo

o conjunto das associações e entidades, mais ou menos institucionalizadas, constituídas com o objetivo de defender e garantir direitos relacionados à livre orientação sexual e/ou reunir, com finalidades não exclusivamente, mas necessariamente políticas, indivíduos que se reconheçam a partir de qualquer uma das identidades sexuais tomadas como sujeito desse movimento (Facchini, 2003, p. 84).

Neste referido movimento, é possível identificar cerca de três momentos, de acordo com suas ações e produção. O primeiro momento foi marcado por uma expansão bibliográfica e cultural que fortaleceu e organizou o movimento, tendo seu ápice no surgimento da AIDS e na retomada do regime democrático, ocorridos na década de 80. O segundo momento inicia com um refreamento do movimento, quando houve diminuição de pesquisas e publicações, atingindo e enfraquecendo os movimentos sociais, sendo um momento de pouca visibilidade. Enfim, o terceiro momento, já em meados da década de 90, há o reflorescimento da militância, ampla participação da mídia e do fortalecimento de grupos e organizações, quando o movimento encontra-se em parceria com o Estado e com o mercado segmentado, a partir de meados da década de 90 (Facchini, 2003; Pereira & Nichiata, 2011 e Oliveira, 2010).

Porém, provavelmente uma das mais fortes associações entre o grupo homossexual (até aquele momento, a orientação sexual era a identificação única do movimento, ainda não dando visibilidade para as questões das identidades de gênero igualmente não normativas) e o campo da saúde, que obrigou respostas concretas e mais efetivas por parte do estado, tenha

sido o surgimento da AIDS, sendo considerada, inclusive pelos meios de comunicação como “síndrome do comportamento gay”, “câncer e ou peste gay” ou “peste rosa”, sendo este um dos maiores motivos que geraram pânico, preconceito e discriminação até os dias atuais. (Freire & Carneiro, 2010; Brasil, 2004). A associação era tão automática que o Ministério da Saúde, na época da grande explosão da AIDS, ora negou a dimensão do problema descrevendo-o como sendo de “uma minoria rica [...] não havendo relevância na construção de qualquer estratégia por parte do setor governamental para intervir nesta doença” (Souza, Vasconcelos, Tenório, Lucena & Holanda, 2010 e Pereira & Nichiata, 2011), ora respondeu à demanda da sociedade, culpabilizando grupos específicos, naquilo que fora chamado de “5h’s”: **homossexuais** (masculinos), Hemofílicos, Haitianos e Heroinômanos (dependente de heroína) e Hookers (profissionais do sexo) (Freire & Carmieiro, 2010, grifo meu).

Contudo, embora o surgimento da AIDS tenha, por um lado, reforçado o preconceito e estigma com homossexuais, foi também por ela que o governo brasileiro se viu pressionado e obrigado a responder às demandas desta população e de toda sociedade brasileira, quando então as primeiras ações de saúde em nível nacional tiveram maior impacto (Brasil, 2004; Brasil, 2013a; Mello, Avelar & Maroja, 2012).

Outro aspecto importante para o propósito desta discussão é que a evolução do movimento homossexual, iniciando-se entre as décadas de 70 e 80, foi sendo construído a partir dos próprios movimentos e grupos menores, que posteriormente foram dando contornos a necessidades e demandas específicas como a visibilidade de mulheres lésbicas e, posteriormente, de travestis e transexuais, quando até a própria identificação do grupo necessita de novas formas – do MHB (Movimento Homossexual Brasileiro), passando pelo GLB (Gays, Lésbicas e Bissexuais), GLS (Gays, Lésbicas e Simpatizantes), GLTB até o atual LGBT. O que este fortalecimento deste movimento tem em comum nos seus diferentes momentos é a luta pelos direitos, sejam, naquele momento, de sobreviver e coexistir, sejam, posterior e atual, de políticas de proteção contra preconceitos de outras formas de discriminação, a tal ponto que fosse possível a “viabilidade de uma política de identidades homossexual no Brasil” (Facchinni, 2003, p. 8; Oliveira, 2010).

Parece ser nesse sentido que Oliveira (2010), na resenha do livro de Júlio Simões e Regina Facchinni – *“Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT”* – aponta com uma força constante no movimento homossexual em essencializar categorias, a fim de se fortalecer politicamente e vocalizar demandas, algumas específicas. Uma cisão dentro do próprio movimento era que este não aceitava a participação de travestis como tendo representatividade ou podendo representar o movimento, pelo menos até a década de 80

(Oliveira, 2010). O que se percebia era a necessidade de, respeitando as diferenças de cada segmento, unir sob uma mesma bandeira uma necessidade em comum.

O que este debate tem de fecundo para o presente trabalho é que, apesar das várias identidades que se organizavam em grupos para o fortalecimento do movimento, uma demanda parece ser transversal e transforma a tensão em alianças: a precariedade de dignidade e direitos que lhes eram furtados simplesmente por ocupar o lugar de marginalidade, do desvio ou, no mínimo, da doença. Enfatizava-se a porosidade entre o Estado e a sociedade civil (Oliveira, 2010) em responder a essas necessidades. É nesse sentido que se justifica a afirmação em epígrafe desta sessão, onde não foi apenas a defesa dos direitos, senão antes ainda a conquista deles.

Ora, se considerarmos que tal sujeição é também um determinante social da saúde (Buss & Pelegrini Filho, 2007, Brasil, 2013a), impõe-se que o Estado, na ótica do direito inalienável à vida e à saúde, baseando-se nos princípios de integralidade, universalidade e equidade, fomente políticas de promoção da equidade para diminuir distâncias e garantir que o SUS ofereça aos profissionais subsídios que orientem sua prática e, à população LGBT, um aporte para (re)afirmar seu direito à saúde com dignidade e qualidade.

2.1 Políticas públicas para a população LGBT

Não é propósito de este trabalho compilar todas as políticas para esta população, mas apenas apontar algumas de maior destaque, seja por seu impacto, seja pela quebra paradigmática, seja pelos objetivos a atingir. Escolhemos apontar aqui as de maior relevância no campo da saúde e, no final, algumas no campo da educação.

Moscheta (2011), em sua tese de doutorado, identifica no campo da saúde, **três** momentos na história das intervenções sobre a população LGBT. Segundo ele, o primeiro momento se inicia com as primeiras classificações patologizantes de sexualidades desviantes, cujas intervenções eram corretivas e propunham a cura. O segundo momento foi marcado pela desconstrução das patologias construídas anteriormente e pela emergência da AIDS, momento organizado por uma lógica epidemiológica cujo foco objetivava corrigir, controlar ou modificar o estilo de vida de um determinado grupo social. O terceiro momento é marcado pelo fortalecimento do movimento social e sua articulação com políticas públicas e a decorrente formulação de propostas para a garantia dos direitos humanos que incluiriam uma transformação social no combate à discriminação e ao preconceito.

Desde as décadas de 70 e 80, aqui no Brasil, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) têm se fortalecido na busca da garantia de seus direitos, frente à

discriminação e marginalização a que são sujeitos. Segundo Duarte (2014), houve maior protagonismo político LGBT a partir do ano 2000, havendo uma maior abertura para discussões sobre diversidade sexual. Em 2004, depois de a luta pelos direitos desta população serem expressos em documentos e normativas públicas ao lado de outras lutas, igualmente importantes, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Combate à Discriminação lançou o programa BRASIL SEM HOMOFÓBIA, organizado pelo Governo Federal em parceria com a sociedade civil, cujo objetivo central foi a organização dos gestores e trabalhadores, visando a modificação de comportamento destes, tendo o acolhimento, a não discriminação e a luta contra a qualquer forma de preconceito como uma de suas bandeiras (Brasil, 2004).

Um dos efeitos mais visíveis em longo prazo que este plano trouxe foi a lenta, mas presente, pauta de discussão nas demais políticas e órgãos do Governo Federal. Entretanto, sua redação foi muito similar à das pautas dos movimentos LGBT, parecendo o próprio movimento quem o escrevera, mas que trouxe, por outro lado, dificuldade de ser visualizado como uma política de Estado, com seu papel e compromisso para com a sociedade. Essa falta de compromissos e ações claras e objetivas, para o movimento LGBT ficou marcado como um documento de boas intenções e de uma “boa ideologia” que, no nível prático, mostra-se muito insipiente e de baixa efetividade (Mello, Avelar & Maroja, 2012).

Em 2007, o Ministério lança o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis (Brasil, 2007). Apesar de algumas instâncias apontarem para não transcendência e magnitude desta doença, alertando que a existência de um programa de AIDS poderia estar desviando a atenção de outras questões mais importantes, como a desnutrição e até mesmo de outras doenças infecciosas, o plano foi um importante marcador legal para “a melhoria do acolhimento e da resposta à epidemia de AIDS entre esses grupos, no contexto do Sistema Único de Saúde, e dos demais setores responsáveis pela execução do Programa Brasil Sem Homofobia” (Brasil, 2007). No campo da saúde, sua construção partiu da perspectiva de que a “resposta nacional à epidemia não é uniforme no país, que existem diferentes contextos de vulnerabilidade e que a vivência da sexualidade impõe novos desafios para a abordagem de promoção da saúde” (p.4).

Também em 2007 o Ministério da Saúde lançou o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (Brasil, 2007). Embora não tenha sido restrito às mulheres lésbicas, o plano as incluem como protagonistas de ações e sujeitas aos

direitos de cuidado integral em saúde, no que tange ao enfrentamento da AIDS e outras DST's.

A 8ª Conferência Nacional GLBT, foi um importante divisor de águas na gestão de políticas públicas. Ocorrida em Brasília entre os dias 5 e 8 de julho de 2008, oportunizou como um dos principais avanços a elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o qual traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento. O principal objetivo deste Plano é a “construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas”².

Somente no ano de 2011 é que seria publicado o primeiro documento que define, orienta e regulamenta atenção à saúde exclusivamente para a população LGBT, que fora fruto desta 8ª Conferência: a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais** (Brasil, 2013a), pela Portaria número 2.836, de 1º de dezembro de 2011. O referido documento será aprofundado mais adiante.

Em 2013, o Ministério da Saúde, no reconhecimento da “necessidade de identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis”, redefine e amplia, pela Portaria Número 2.803, de 19 de Novembro de 2013, o processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde.

Outros documentos, no campo da educação, buscaram a garantia de direitos LGBT. Diversos destes documentos visam tanto a luta contra o *bullying* e demais preconceitos e violências, bem como evitam a evasão de alunas(os) travestis e transexuais, através da garantia da inclusão do nome social nos documentos escolares. São exemplos recentes, dentre inúmeros outros: Parâmetros Curriculares Nacionais (1997); a Resolução nº 12 de 16 de janeiro de 2015 – que dispõe sobre o nome social de travestis e transexuais nos sistemas e instituições de ensino; e ainda o projeto de Lei número 11.695/ 2010, da Câmara Municipal de Maringá, aprovado em 08 de junho do mesmo ano, que dispõe da criação do programa Escola sem Homofobia.

A evolução das políticas públicas para a população LGBT foi avançando conforme foi sendo dada visibilidade às condições de sujeição às diversas formas de preconceitos, discriminações e violências, cujo contorno foi dado pelas condições de saúde que se suspeitavam haver nessas pessoas. O discurso também mudou conforme se avançou na

² http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_nacional_lgbt_2009.pdf

história, partindo do indivíduo doente, passando pelo grupo de risco e chegando à sociedade desigual. Saímos da predominância das práticas corretivas, passamos pelas ações preventivas e chegamos ao combate à discriminação, embora todas estas práticas ainda possam ser identificadas e coexistindo atualmente (Moscheta, 2011).

Com o empoderamento da população LGBT e o fortalecimento de suas próprias vozes, foi sendo possível delinear, mesmo que rusticamente, as condições de saúde a que são sujeitos. Embora haja algumas evidências da escassez de conhecimento referente a quais necessidades de saúde têm essas pessoas (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013; Cahill & Makadon, 2013), há, por outro lado, convergências sobre algumas necessidades específicas. Quais, portanto, são os determinantes sociais da saúde de *lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*, que justifiquem ampliar a assistência à saúde? Quais suas especificidades cujo acesso com qualidade aos serviços de saúde poderia realizar um cuidado integral e resolutivo?

2.2 Saúde da população LGBT: homofobia e seus determinantes sociais

Antes de tratar da homofobia propriamente dita e suas variantes, como determinações sociais da saúde, necessitamos de compreender o que vem a ser um determinante social da saúde. Não é nosso propósito esgotar a literatura sobre este já consolidado conceito, uma vez que, apesar de haver várias definições, há certa convergência na ideia central. Existem várias definições sobre o que vem a ser um determinante social, como da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” e ainda da Organização Mundial da Saúde (OMS) “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham” e de diversos outros autores que avançaram na sua compreensão (Buss & Pelegrini Filho, 2007).

Quanto mais se avança nessa compreensão mais se consolida a ideia de que as doenças e iniquidades em saúde tem forte associação com condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Segundo o documento técnico de discussão da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (2011), os que mais impactam as pessoas são aqueles que as estratificam por grupos de risco, sendo o risco maior os *determinantes estruturais*, tais como “distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico” (OMS, 2011, p.2). São esses determinantes que, influenciando o lugar

social em que as pessoas ocupam dentro de uma sociedade, são a principal causa de iniquidade em saúde. Esta discrepância nas condições de saúde afetam os *determinantes intermediários* que, de acordo com o documento, são as condições de moradia, psicossociais, bem como os fatores comportamentais e biológicos, além, claro, do próprio sistema de saúde. (OMS, 2011).

Aqui no Brasil, a discussão sobre o que vem a ser saúde (e doença) também acompanhou as discussões internacionais, que hoje compreendemos como determinantes sociais. Tal aprofundamento conceitual se iniciou a partir da já referida 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi deferida a compreensão ampliada de saúde que, futuramente, embasaria a Lei N. 8080/90, que instituiria o SUS. A compreensão ali construída fora de ser, a saúde, como a “resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e *acesso a serviços de saúde*” (8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986, p. 4). Essa amplitude da compreensão do que vem a ser uma condição de saúde é bastante próxima do que hoje compreendemos como determinante social.

Neste sentido, quando falamos em homofobia como determinante social da saúde, falamos em condições de adversidade, sujeição a preconceitos e discriminações, violências, de comportamento, dificuldade de acesso aos serviços, entre tantos outros fatores que, direta ou indiretamente, levam a pessoa ao adoecimento físico e mental. Embora os determinantes intermediários tenham seu impacto na saúde desse grupo populacional, o documento aponta os determinantes estruturais com os de maior relevância para a saúde, sendo o *preconceito* como um destes.

2.2.1 Homofobia como determinante social da saúde

Como designador único, que aglutina diversas formas de violência, o termo **homofobia** foi cunhado para nomear práticas de violência, preconceito, discriminação e quaisquer outra forma de violação dos direitos humanos da população LGBT. Lesbofobia, e transfobia são conceitos que surgiram para dar visibilidade e especificidade à violência contra mulheres lésbicas e com travestis e transexuais, respectivamente. Compreende-se por Homofobia, conforme o Relatório Anual sobre Violência Homofóbica

como preconceito ou discriminação (e demais violências daí decorrentes) contra pessoas em função de sua orientação sexual e/ou identidade de gênero presumidas. A lesbofobia, a transfobia e a bifobia, serão compreendidos pela homofobia, para melhor fluência no texto (Brasil, 2012, p. 9).

A partir desta primeira compreensão, a homofobia se apresenta como um grande atravessador na vida da população LGBT. Não é suficiente reduzir o sofrimento dessas pessoas a números e estatística mas é contundente apresentar aqui os indicadores sobre as violências, sofrimento e outras demandas de saúde que estão sujeitos essa população.

2.2.2 Violência, preconceitos e discriminações

“Nos primeiros dias, não saía de casa. Fui ao psiquiatra, tomei remédios, fiquei seis meses sem passar na frente do posto em que fui agredido”.

Este relato é de André Baliera, 29 anos, estudante de direito da USP, para o jornal Estadão, em 21 de novembro de 2014. Em 2012, André foi espancado por dois homens, quando voltava a pé pra casa, em São Paulo. O Motivo: sua orientação sexual. (Jornal Estadão, 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde e de outras fontes (pesquisas como Cardoso & Ferro, 2012, Duarte, 2011, Duarte, 2014, e também matérias de jornais, entre outros) o fator violência é um forte marcador de saúde nesta população. Cardoso (2012) em sua revisão bibliográfica com dados do SUS encontrou que as principais formas de violência são as agressões verbais ou ameaças (55%), agressões físicas (15%), chantagem ou extorsões (11%), violência sexual (6%) e o golpe do *boa noite cinderela* (3%). Contudo, aponta que tais dados podem não refletir a realidade dada a subnotificação dos casos de violência bem como o pouco empenho da polícia para a resolução de tais crimes.

O Grupo Gay da Bahia, apresentando um relatório de assassinatos de homossexuais no Brasil em 2014, apontam que foram documentados 326 mortes de gays, travestis e lésbicas no Brasil, incluindo 9 suicídios. Um assassinato a cada 27 horas. Um aumento de 4,1 % em relação ao ano anterior (313) (Grupo Gay da Bahia, 2014). Apontam ainda que o Brasil continua sendo o campeão mundial em crimes cuja motivação central está a homofobia, transfobia e lesbofobia: são crimes de ódio. Assassinatos são, com frequência, o resultado último de uma série de violências que o antecedem.

Segundo o Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil, do ano de 2012, em relação à “escalada de violações, o homicídio é apenas uma das violências entre uma constelação de outras consideradas “menores”, como discriminações e agressões verbais e físicas dos mais variados tipos” (Brasil, 2012). A violência contra LGBT’s, segundo o Brasil

sem Homofobia, é uma das faces mais trágicas da discriminação por orientação sexual ou homofobia no Brasil, especialmente contra travestis e transexuais (Brasil, 2004).

A discriminação, desrespeito, o estigma social, situações vexatórias e o preconceito também incidem fortemente sobre a saúde desta população (Figueiredo, 2015, Duarte, 2011; Dennert, 2010). São como determinantes sociais de saúde e impactam diretamente no acesso ao serviço de saúde que pode ser prejudicado pela não procura pelos serviços justamente pelo receio de sofrer mais preconceitos (Cardoso & Ferro, 2012). A “humanidade dessas pessoas é questionada ou mesmo negada” (Méllo & Maroja, 2012, p, 412), escancarando-se ainda mais nos casos das travestis, cujas violências são marcadas pela intensidade de estigmatização, discriminação, exclusão, violência e morte (Peres, 2008).

Enfim, a violência e suas variações como o preconceito e a discriminação são importantes determinantes sociais na vida dessas pessoas, que afetam sua qualidade de vida e sua saúde, incluindo a saúde mental.

2.2.3 *Saúde Mental*

Como já foi apontado acima, o risco de suicídio é presente nesta população e, com frequência, é o ápice de uma série de violências, escancaradas ou silenciosas, que antecedem este fim trágico. (Silva & Barbosa, 2014; Cardoso & Ferro, 2012). Transtornos mentais podem estar presentes e constituem um importante fator de risco para o comportamento suicida (Figueiredo, 2015).

Conviver em ambientes com várias formas de expressão do preconceito, da pressão da sociedade, de isolamento emocional, social, que leva a interiorizar uma série de estereótipos, vividos geralmente como fracassos, limites, defeitos ou mesmo como obstáculos (Silva & Barbosa, 2014), gera um profundo impacto na saúde mental. Tal sujeição tem forte impacto na saúde dessas pessoas que podem sofrer de ansiedades, depressão, isolamento social, levando até ao suicídio (Brasil, 2012; Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011). Quando a rejeição ocorre dentro da própria casa o impacto não é diferente, ainda mais que no caso da rejeição familiar, quase sempre se inicia na adolescência, época em que a orientação sexual passa a ser mais manifestada (Ryan, Huebner, Diaz & Sanchez, 2009).

Associado a isso tudo, nas travestis ainda se acresce sentimentos de descrédito frente à vida e overdose de drogas (Peres, 2008). Cardoso e Ferro (2013) apontam que esta população *trans* apresenta "intenso sofrimento psíquico, que aparece sob forma de tentativas de suicídio, depressão, transtornos alimentares e angústia das mais diversas formas", provocado não apenas pelo não pertencimento ao sexo biológico mas também pelas condições de

vulnerabilidade social, como a dificuldade de se inserir no mercado formal de trabalho devido a problemas com a documentação" (p. 560).

Duarte (2011) corrobora e amplia os dilemas e sofrimentos mentais que são sujeitos a população LGBT que, enfrentando suas angústias, medos e inseguranças devido à homofobia que são sujeitos, podem incorrer à transtornos mentais de diversos tipos ou podem recorrer à outros comportamentos como o abuso de substâncias psicoativas chegando à dependência química, automutilação e até o suicídio, como já referido noutra momento. Ressaltamos que o uso e abuso de substâncias e automutilação são independentes entre si, podendo ocorrer ambos ao mesmo tempo ou de forma isolada.

Apesar de já se conhecer tais condições de saúde mental, a Política Nacional de Atenção Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais deixa encaminhado a necessidade de mais estudos sobre a saúde do grupo, alertando para a saúde mental.

2.2.4 Outros indicadores de saúde

Embora saibamos que “não existe saúde sem saúde mental” (lema da Organização Mundial de Saúde para o “plano de ação da saúde mental global” para o período 2013-2020), optou-se por essa separação aqui entre saúde e saúde mental, já referida acima, apenas para frisar algumas especificidades que não se encaixaram noutras categorias. Não há limites delineados e definidos entre os determinantes acima referidos e os que se segue aqui. Violências, preconceitos, sofrimento mental coabitam um corpo que é marcado por outras tantas demandas de saúde que são, igualmente, importantes para quem as sente.

Cardoso e Ferro (2012) fizeram uma revisão bibliográfica sobre as principais demandas em saúde da população LGBT, em cada público específico. Vejamos os principais indicadores de saúde. De acordo com eles, mulheres *Lésbicas* apresentam baixa procura nos serviços, o que pode aumentar índices de câncer do colo do útero e de mama, uso abusivo de drogas, tabaco, álcool e associado ao sofrimento mental, já referido acima, podem levar à diversas doenças crônicas (p. 558).

Quanto aos homens *Gays*, Cardoso e Ferro apontam que eles ainda sofrem com uma forte associação com HIV/AIDS, bem como pelos sintomas psíquicos e de sofrimento emocional, podem culminar em “disfunções sexuais, hostilidade, abuso de álcool e drogas, distúrbios alimentares e comportamento ou ideação suicida” (Nunan, citado por Cardoso & Ferro, 2012, p. 558).

Em relação à população Trans, os autores apontam que, ainda que homossexuais estão começando a não serem mais vistos patologicamente, as travestis e transexuais ainda o são,

sendo ainda classificados como patologias no DSM e CID. Tal preconceito têm gênese no binarismo da ciência biomédica (homem x mulher) que ainda não conseguiu abarcar os que transgridem esta normatividade biológica. Esta base biológica tem como lógica o sistema sexo-gênero-sexualidade linear, em que o sexo anatômico define o gênero homem x mulher que, por sua vez, determina a orientação do desejo, preferivelmente como heterossexual. A procura dessa população nos serviços de saúde têm sido mais para tratamentos hormonais ou cirurgias de redesignação sexual, quando há tal possibilidade, sendo este último com mais frequência e aquele primeiro - tratamentos hormonais ou silicones. Com muita frequência, a falta de acesso aos serviços de saúde precipita a busca por tratamentos e medicação clandestinos, promovendo um grave risco para sua saúde, pelo uso indiscriminado de hormônios e das *bombadeiras*³. Há ainda prejuízos nos estudos por evasão escolar, pela não inclusão do nome social nos documentos escolares, na própria documentação e na obtenção de planos de saúde.

2.3 O Enfrentamento da Homofobia como uma Necessidade de Saúde

A intersecção entre a homofobia e seus determinantes sociais dialoga estreitamente com o conceito de necessidades de saúde e este conceito pode ser uma importante ferramenta para a prática dos profissionais da saúde em seus cotidianos de trabalho (Cecílio, 2009), não sem o reconhecimento da tensão política de disputas que tal conceito convoca (Moscheta, 2011). Equidade também tem uma estreita relação com as necessidades de saúde. Segundo Sanches e Ciconelli (2012) o termo ‘equidade em saúde’ tem múltiplos entendimentos e esta pluralidade de compreensões se deve à multiplicidade de necessidades de saúde, o que implica em compreender distintamente a noção de equidade. Cecílio (2009) propõe a categorização do conceito de necessidades de saúde em quatro conjuntos, que Moscheta (2011) articula com as especificidades da população LGBT, São eles:

a) Boas condições de vida

A compreensão de necessidades de saúde como tendo boas condições de vida tem uma ênfase nos fatores externos que determinam o processo saúde-doença. Pressupõe que a “maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde” (Cecílio, 2009, p. 118). Nota-se que necessidade de saúde, aqui, tem um sentido aproximado ao de determinante social da saúde, discutido anteriormente. Em se tratando da população LGBT, a falta de apoio

³ Termo utilizado para a rede ilegal de pessoas que oferecem a essa população o serviço de modificações corporais através da aplicação de silicone industrial” (Cardoso e Ferro, 2012)

familiar e social, preconceito, risco constante de violências entre tantas outras formas de discriminação comprometem expressivamente a condição de vida dessas pessoas. Moscheta (2011) aponta como que essa condição de vida degradante é uma poderosa forma de opressão, como um problema social que impede que se construam boas condições de vida, convocando os serviços de saúde e os trabalhadores a realizarem suas intervenções de forma ampla, rompendo com a institucionalização (e reprodução) da opressão. Não bastasse toda condição comum à toda comunidade LGBT, em relação às travestis especificamente, pela quebra das normas de gênero, vivenciam situações de exclusão em diversos contextos de vida – família, escola, trabalho e até o livre trânsito pela cidade (Rasera, Teixeira & Rocha, 2014)

b) Acessar e usar Serviços de Saúde

Necessidade de saúde aqui compreendida como a possibilidade de se acessar os recursos dos serviços de saúde, com vistas à recuperação da saúde e o prolongamento da vida. Moscheta (2011) aponta como exemplo o sentido deste conjunto de necessidade de saúde no caso de transexuais e travestis, que podem esperar e perambular por muito tempo para conseguir a cirurgia de redesignação sexual ou para uma terapia hormonal, ou antes de tudo ainda, na necessidade de um diagnóstico de doença, cuja resposta técnica é a cura: o transtorno de identidade de gênero como requisito para a cirurgia. Moscheta ainda aponta que esse percurso para se alcançar a cirurgia, antes de ser uma saída, participa da doença.

A partir desta proposição de Cecílio (2009), Moscheta (2011) identifica que há, neste segundo conjunto de compreensão sobre necessidades de saúde, um jogo relacional, incluindo agora os profissionais dos serviços de saúde e a forma como recebem a população LGBT. Sendo assim, se quando falamos de ter boas condições de vida, o sentido parece estar mais agrupado na própria população LGBT, pensar em acessar e usar serviços coloca os profissionais de saúde não apenas como mediadores, mas como sujeitos ativos no processo. Aqui o conceito de heteronormatividade (discutido mais adiante) se enquadra como uma forma de sistema de opressão institucionalizado, tencionando esse jogo relacional. Segundo Mocheta, a pressuposição do profissional acerca da heterossexualidade do usuário restringe o escopo das ações possíveis bem como ocasiona uma atitude de espanto quando o usuário não confirma a heterossexualidade presumida. Ambas as situações configuram uma barreira para o acesso.

c) Necessidade de estabelecer vínculos

Conforme proposto por Cecílio, esse sentido sobre necessidades de saúde expressa o conjunto de relações humanas, personalizadas, de confiança que configuram um encontro de subjetividades. Tal proposição é o “rosto” de um sistema de saúde para o usuário. Para Moscheta (2011), a ênfase dada pelo autor às relações entre profissionais e usuários tem sua importância destacada quando as transformam não em meios para os fins de acesso e boas condições de vida, mas como um fim em si mesmo: estabelecimento de vínculos como uma necessidade de saúde. Desta maneira, Moscheta busca apontar que, pela heteronormatividade institucionalizada, o ato de cuidar não está livre desta forma de opressão, enfraquecendo os serviços de saúde, o acesso e o próprio cuidado.

Segundo Moscheta (2011), essa necessidade de saúde não está suficientemente contemplada quando ele identifica que o vínculo é, muitas vezes, prejudicado quando o profissional identifica no usuário sua orientação sexual ou identidade de gênero fora das normas hétero/cis. Discriminação, preconceito e opressão afetam as possibilidades do profissional construir bons vínculos com os usuários nos serviços de saúde.

Ainda de acordo com Moscheta, profissionais de saúde também tem sua parcela de desconforto com o despreparo em lidar com a população LGBT, muitas vezes restringindo-se aos temas técnicos de reprodução ou patologias (como DST/AIDS) quando necessitam abordar a sexualidade do paciente. Aqui, a necessidade de estabelecer vínculo aponta que a relação entre profissional e usuário, longe de ser um encontro inevitável para a intervenção em saúde, é uma intervenção por si mesma, potente para o cuidado ou para a reprodução da opressão.

d) Necessidade de autonomia

Esta necessidade é apontada por Cecílio (2009) como a necessidade de se ter graus crescentes de autonomia em seu modo de levar a vida, para que os sujeitos possam ser capazes de reconstruir e ressignificar suas vidas. A partir desta compreensão, Moscheta (2011) propõe que sua articulação com a população LGBT aponta para possibilidade de se construir sentidos para a vida que se estendam além dos recortes das identidades individuais. Atender essa necessidade de saúde significa garantir que essa população tenha múltiplas possibilidades de se descrever e, nessa descrição, introduzir rupturas, possibilidades inéditas não contempladas em descrições estereotipadas e caricaturadas. Aponta Moscheta ainda que essa descrição a partir de um sujeito inacabado e sempre “por fazer” é fundamental para grupos descritos como minoritários, na busca de sua autonomia que é, por sua vez,

constrangida muitas vezes por descrições opressoras, prontas e acabadas, sem espaço para refazer-se.

Compreendendo que a autonomia perpassa as formas de vida em sociedade e, estando o serviço de saúde no território em que as pessoas habitam e com quem, muitas vezes, essas pessoas estabelecem suas relações, Moscheta (2011) propõe que a articulação dessas necessidades com a atuação profissional convoca os profissionais a ampliar os sujeitos do cuidado, alcançando as pessoas com as quais a população LGBT convivem, como suas famílias, comunidade etc. Aqui está um território fecundo e carente de intervenções profissionais como, por exemplo, a saúde mental.

2.4 Homofobia como um sistema amplo de opressão e discriminação

Daniel Borrillo (2010) faz uma contribuição muito importante, nos convidando a repensar este conceito de homofobia, por ele compreendido como limitado. Mesmo que em seu aspecto central aponte as atitudes de ódio, preconceito, violências e discriminação expressos como uma forte característica da homofobia, que podem, por sua vez, gerar diversas necessidades de saúde e sofrimento, Borrillo contesta a tendência de reduzi-lo à apenas isso. É claro que a homofobia coloca o sujeito da sexualidade não normativa como o excêntrico, o marginal, o diferente, o doente, entre outros. A lógica binária entre hétero/homo impõe um regime de vigilância para as sexualidades, mas dando à heterossexualidade uma qualificação e o lugar de referência para as outras sexualidades dela desviantes. Dessa maneira, um sentido para se olhar a homofobia é como uma guardiã de fronteiras, incluindo não apenas as orientações sexuais não normativas, mas as identidades de gênero também.

Outra forma de se pensar a homofobia proposta por Borrillo é trazer tal conceito para a discussão do que se tem chamado de aceitação (ou tolerância) destas sexualidades. Nota-se, muitas vezes, que há uma tendência em afirmar a necessidade de aceitar tais sexualidades, mas não sua expressão, ficando confinadas à vida privada, já que o espaço público não suportaria, já que permitir publicamente isso seria dar à homossexualidade um lugar de naturalidade e legitimidade. E aqui está a homofobia – equivalência com a heterossexualidade. Homofobia é, portanto, o medo de dar à homossexualidade a valorização, a naturalidade e o reconhecimento que a heterossexualidade tem. É a “angústia de ver desaparecer a fronteira e hierarquia da ordem heterossexual” (Borrillo, 2010).

Homofobia é, portanto, alocar a heterossexualidade num lugar blindado e centralizado como o lugar de referência para as demais sexualidades, abrindo justificativas de violências, agressões, punições e até extermínio em cuja gênese está a lógica dos lugares de “certo e

errado”, empoderando determinados grupos (héteros) sobre outros (homossexuais), legitimado por uma ideia de lugar preferível em detrimento de outro.

É oportuno aqui fazermos uma consideração sobre como um sistema de opressão opera e perpetua a si mesmo. Moscheta (2011), a partir da proposição de Young, considera útil a consideração dos sistemas de opressão, já que configuram as formas, muitas vezes sutis e sistêmicas, de discriminação, que se manifestam por cinco faces: *exploração, desempoderamento, violência sistêmica, imperialismo cultural e marginalização*.

A *exploração* expressa condições de desigualdades caracterizadas pelo benefício de um determinado grupo sobre outro. A partir desta face da opressão, Moscheta identifica-o na população LGBT quando estes, embora sujeitos às mesmas leis tributárias que a população heterossexual, não logra na conquistas dos mesmos benefícios advindos dessas tributação, como a constituição de família, garantias previdenciárias, inclusão em convênios de saúde, adoção de filhos, entre outros.

A segunda face da opressão, de acordo com a proposta de Young (citado por Moscheta, 2011) é o *desempoderamento* que, de acordo com Moscheta, na população LGBT se dá com o enfraquecimento de seu poder de decisão nos contextos institucionais, relacionados ao tratamento desrespeitoso e ao recorte das oportunidades de seu desenvolvimento. Como exemplo, aponta a lógica binária “masculino e feminino” nos prontuários (de saúde ou escolares) constringendo travestis e transexuais e ainda não dando a possibilidade do uso do nome social de escolha.

Outra face da opressão que opera sobre a população LGBT é a *violência sistêmica*, caracterizada, segundo Moscheta, pelas discriminações socialmente instituídas e estabelecidas, manifestadas pelo uso caricaturado em programas de humor e outros programa televisivos. Pode ser manifestado também quando casais homossexuais fazem demonstração de afeto ou qualquer outra atitude que torne visível sua orientação sexual em espaços e ambientes coletivos, havendo rechaça a esta atitude, mas que seria perfeitamente tolerado se fosse um casal heterossexual. O casal homossexual, ao contrário, sofre acusações de obscenidade ou extravagância.

A violência sistêmica articula-se e se enreda estreitamente com a outra face da opressão, identificada como o *Imperialismo Cultural*, colocando a heterossexualidade como o padrão a ser seguido, inviabilizando e reprimindo outras sexualidades. Moscheta ainda aponta que o imperialismo cultural é muito mais sutil e poderoso, colocando para a sociedade acordos paradoxais, condicionando a aceitação da homossexualidade desde que suas

expressões permaneçam na invisibilidade ou, quando muito, faça concessões e adequações para que, no âmbito público, não apareça a diferença.

Por fim, a face da *marginalização*, característica da opressão que opera excluindo as pessoas da plena cidadania, denegrindo a pessoa naquilo que a constitui cidadã. Como exemplo da marginalização sobre a população LGBT, Moscheta aponta a peregrinação que é para uma transexual conseguir a alteração nos registros e documentos, ficando o nome social ainda como, nos dizeres de Bento (2012) uma cidadania precária.

Dessa forma, trazer para este debate o sistema de opressão nos convida a pensar como a homofobia está estreitamente enredada nele. A partir desse sistema, operam-se diversas formas de violações de direito, de cidadania e de humanidade. Entendemos e pactuamos com essa visão da homofobia como uma forma de opressão sistemicamente instituída. Contudo, a legislação ainda não consegue operar tal sentido de homofobia. Portanto, quando se utiliza o conceito de homofobia neste trabalho, mesmo reconhecendo seu amplo sentido, aqui procura se referir às expressões de ódio, discriminação, preconceito, violência física e psicológica, entre tantas outras formas de opressão, que acarreta sofrimento e adoecimento, físico e mental. Tais formas de discriminação também ocorrem dentro dos serviços de saúde, algumas vezes de uma forma velada, em outras escancaradas.

Embora reconhecemos a importância que as expressões da homofobia – gayfobia, lesbofobia, transfobia, bifobia – tem nas visibilidades de cada uma dessas categorias identitárias, optamos pela utilização unificada do termo homofobia para maior fluência do texto. Homofobia, neste trabalho, representará toda forma de violência, discriminação e preconceito contra gays, lésbicas, bissexuais e das pessoas *trans* vítimas deste tipo de violência.

Ao trazer para a discussão as formas de violência a seguir sofridas pela população LGBT, queremos apontar e reafirmar o lugar dos serviços de saúde e de seus trabalhadores como agentes que podem romper com as formas de violência e opressão, fortalecendo o acesso à essa população nos serviços para o devido atendimento de acordo com suas necessidades e em direção a equidade (Moscheta, 2011, Brasil, 2013a)

3. POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

É nesse sentido que considerando a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e do processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Ministério da Saúde promulga a Portaria N° 2.836, em 1° de dezembro de 2011, a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** (Brasil, 2013a).

Talvez, uma das características mais peculiares no bojo desta política, conforme sintetiza Moscheta (2011), desde seu histórico até seus objetos de intervenção seja que ela é fruto, diferente de outras tantas políticas de atenção integral à saúde, da escuta ativa da sociedade civil para auxiliar na elaboração de propostas de governo para a população LGBT. Isso aconteceu na I Conferência Nacional LGBT, em 2008. Pela primeira vez na história do Brasil, o governo convoca a sociedade interessada para escutá-la e deliberar quais propostas representa o papel do Estado no cuidado desta população. Tais propostas foram organizadas em 10 eixos: direitos humanos, saúde, justiça e segurança pública, cultura, comunicação, turismo, trabalho e emprego, previdência social, cidades e esportes. O resultado desta I Conferência foi o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT's e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (doravante referida como Política de Saúde Integral LGBT, para facilitar a leitura e escrita).

A Política de Saúde LGBT traz como inscrito o reconhecimento que as vulnerabilidades por discriminação, violência e dificuldade de acesso nos serviços de saúde geravam as mais diversas formas de iniquidades em saúde, cujas respostas, quando haviam, estavam muito aquém das necessidades desta população. Ela vai além: “consolida uma perspectiva que define a discriminação como problema, e inclui a sociedade no foco de sua intervenção” (Moscheta, 2011, p. 40).

A política tem uma redação cuja autoria é da própria comunidade LGBT. Porém, diferente do Brasil sem Homofobia, em que a redação também era muito similar das demandas desta população, como já foi apontado noutro momento deste trabalho, mas o efeito fora o de não clareza quanto ao papel do Estado na luta contra a discriminação (Mello, Avelar & Maroja, 2012), aqui há o compromisso claro com objetivos e objetos de intervenção específicos que esta política visa combater, com os papéis de cada nível de gestão.

Os trabalhadores e a estrutura dos serviços de saúde são, desta vez, parte dos alvos principais de intervenção desta política, sendo ao mesmo tempo, específicos e amplos para alcançar a melhoria do acesso à essa população no SUS a serviços integrais e de qualidade. O acesso, pode-se dizer, em sua acepção máxima, é o objetivo maior desta política.

Pensar numa política que coloca o serviço de saúde como alvo de sua intervenção tem sua gênese assentada nas práticas históricas dos serviços e das pessoas que ali trabalham e transitam. Práticas que não contemplavam ou, muitas vezes, sequer supunham necessidades específicas das pessoas LGBT, talvez ainda pressupondo a não existência dessas pessoas nos serviços. O efeito desta invisibilização dessas pessoas nos serviços é a dificuldade de acesso.

Uma das maiores barreiras para o acesso está dentro das práticas e concepções dentro do próprio serviço, dos trabalhadores, como consequência da homofobia e, principalmente, da **heteronormatividade** institucional caracterizada por atendimentos discriminatórios (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013). Esta ideia de heteronormatividade leva à conformidade do atendimento em saúde como se todos os que ali chegam fossem naturalmente heterossexuais, confinados às normas de gênero e de orientação sexual (Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011). Cardoso e Ferro (2012) também apontam que o preconceito no atendimento dos profissionais surge a partir de uma heteronormatividade compulsória e inata, plano de fundo no qual as distorções e desafios a estas normas são percebidas diferentes da ideologia heterossexista.

Segundo Pontes, Oliveira e Gomes (2014) os trabalhadores de saúde têm papel fundamental na consolidação do SUS e na sua imagem social. A partir de seus princípios

esse sistema aponta para a ampliação das ações dos profissionais de saúde, com o objetivo de torná-los capazes de assegurar assistência de qualidade para todos, com competência técnica e humana e de acordo com as diretrizes do sistema, além do estabelecimento de vínculo com os usuários, garantindo a sua participação na tomada de decisões nos serviços de saúde. (Pontes, Oliveira & Gomes, 2014, p. 2).

Segundo estes autores, profissionais de saúde identificam o SUS de acordo com um elemento central que o caracterizaria: o conceito de atendimento (como acesso ao SUS). Assis e Jesus (2012) também apontam que o trabalhador é protagonista na implantação do acesso, bem como do controle social.

Nesse sentido, a atenção à saúde se dá com responsabilização, com a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, respeitando sua visão de mundo, seu contexto social e sua dignidade (Viegas & Penna, 2013 p. 182). É “no plano das práticas cotidianas, de profissionais da ESF, da equipe de apoio e de gestores, que se dá a construção da integralidade com suas várias interpretações” (p. 183).

Diante destas dificuldades, muitas delas dentro dos próprios serviços de saúde, urge que a organização dos serviços sejam (re)configurados para, conforme objetiva a Política de Saúde LGBT, que se possa “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, 2013a, p. 18). Isso é acesso com qualidade no Sistema Único de Saúde.

Portanto, a partir da compreensão da proposta ideal do SUS – garantir o acesso integral e universal à saúde a todas as pessoas, acesso deixa de ser meramente uma “facilidade” para se adentrar e usufruir dos serviços de saúde. Acesso passa a ser estratégia de intervenção nas necessidades de saúde.

4. ACESSO: UM CONCEITO EM EXPANSÃO

Nada é mais forte que uma ideia cujo tempo chegou (Victor Hugo)

Busquei até o presente momento sustentar a ideia de que o enfrentamento das iniquidades em saúde que oportunizaram o nascimento do Sistema Único de Saúde teve como eixo a noção de acesso à saúde como elemento chave para um sistema que fosse universal, integral e equânime. Neste sentido, o acesso à saúde é uma das características que demarcam o SUS e sua missão: possibilitar que todas as pessoas tivessem o direito à saúde como regra geral. Contudo, aponte também como os meandros na saúde pública não se sustentam com legislações gerais uma vez que a ideia de igualdade exclui outros tantos cujas necessidades podem ser específicas, prejudicando acessar serviços de saúde e ter satisfeitas suas necessidades. A noção de equidade busca equalizar as respostas dos serviços de saúde às necessidades específicas, sejam elas de cada indivíduo ou de determinados grupos populacionais que, devido sua condição de maior vulnerabilidade e sujeição a determinantes sociais da saúde, tem sua saúde prejudicada e, muitas vezes, o prejuízo pode alcançar o acesso aos serviços.

Neste sentido, neste capítulo procuro aprofundar essa ideia de acesso à saúde compreendendo-a como elemento estrutural do SUS, senão sua característica principal. Será compreender como este conceito, que numa primeira análise parece ser simples e claro, passou do lugar de um *meio* para o direito à saúde para ocupar o lugar de destaque em pesquisas (Assis & Jesus, 2012) e de políticas públicas de seu fomento. Acesso é uma categoria bastante discutida e com diversas propostas de definição. Vamos, a seguir, apontar algumas revisões bibliográficas de alguns autores que buscaram apontar como esta categoria vem sendo estudada, a partir de várias definições que buscam agenciar várias dimensões e enquadramentos ora distintos, ora convergentes em alguns pontos.

O presente trabalho tem como proposta analisar como que trabalhadores da saúde tem produzido sentido sobre acesso e como que esse sentido tem implicações em suas práticas. Neste sentido, não pretendo esgotar a literatura e alcançar uma definição consensual do que vem a ser acesso, nem tampouco apontar as lacunas ou disparidades entre o que dizem os vários autores.

Esta noção de acesso, que estava se fortalecendo desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a consequente Constituição de 1988 que possibilitou a instituição da Lei número 8.080/90, iria se reger através de diversas diretrizes e princípios, dentre as quais se destaca a

universalidade, a integralidade e a equidade no atendimento. O artigo número 198 da CF de 1988, nos incisos I, II e III, refere as diretrizes que devem orientar o recém nascido Sistema Único de Saúde – *descentralização, atendimento integral e participação da comunidade*, e assim como a Lei N° 8.080/90, nos princípios e diretrizes de: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade (já previsto também na Constituição Federal de 1988) e descentralização político-administrativa. Os princípios e diretrizes apontados aqui buscam garantir o direito à saúde a toda pessoa, independente de ser ou não trabalhador, de raça, etnia e classe social. O acesso ao sistema de saúde era um conceito chave para a reinvenção de uma nova forma de organização política que estava sendo construída e, como novidade, precisava ser discutido, pesquisado e redesenhado.

Pensar o *acesso* como característica unívoca do Sistema Único de Saúde vem se fortalecendo e sendo pano de fundo para diversas discussões e propostas de avanços. Essa discussão presente até na 14ª Conferência Nacional de Saúde, em 2012, na proposta número três que, aprovada, refere a importância do SUS

cujas ações devem refletir a realidade e atender à vulnerabilidade e diversidade social, melhorando o **acesso** e acolhimento em toda sua rede, conforme os princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção em saúde (Brasil, 2012, p. 12)

Para tanto, a atenção de gestores e trabalhadores precisa ser apurada e atenta às especificidades de cada sujeito que chega ao serviço. Assim, se assenta, reitera e reforça o princípio da equidade na compreensão que existem diferentes necessidades e condições de saúde que, por sua vez, necessitam de distintas ações.

Uma pista inicial que podemos ter como norte para uma compreensão possível do que vem a ser *acesso* seria pensá-lo como um conceito construído pluralmente e no qual várias disciplinas como direito, economia, política, ciências socioantropológicas, etc. buscaram contribuir para sua definição ou ter para si sua versão final. A interdisciplinaridade convida a pensá-lo como um conceito que converge para o afunilamento de distintos pontos de vista para um único objeto – acessar o sistema de saúde. Em seu aspecto histórico, houve evolução deste conceito a partir da década de 70, passando a ser entendido ora como uma característica dos serviços e dos indivíduos, ora como a utilização dos serviços e ora ainda como a

satisfação dos consumidores (Sancho & Silva, 2013). É claro que podemos pensar que a diversidade de disciplinas que buscaram produzir um discurso sobre acesso tem como fundamento os lugares e interesses de cada disciplina, sendo cada definição localizada dentro de tais tradições e, podemos suspeitar, não sem conflitos entre elas.

Travassos e Martins (2004) trazem uma definição mais operacional deste conceito, utilizando-o para referir especificamente à utilização dos serviços de saúde. Segundo elas, a utilização de tais serviços se inicia a partir das necessidades percebidas das pessoas, confluindo para as condições (internas e externas) que levam à tomada de decisão do uso (percepção de vantagens e predisposição para a ação, entre outras). Há, segundo as autoras, tentativas de se ampliar este conceito, incorporando até mesmo os resultados desta entrada nos serviços de saúde, um conceito ampliado de acesso como resultado do cuidado. De qualquer forma, dados os diferentes enquadramentos ou dimensões que lhe são atribuídas, há uma ideia central deste conceito que converge para o grau de interação entre usuários e serviços de saúde, embora haja o conhecimento de que o conceito de acesso à saúde tornou-se mais complexo, com a incorporação de aspectos de mais difícil mensuração (Sanchez e Ciconelli, 2012).

Travassos e Martins (2004) também apontam diferenças entre os conceitos de acesso e acessibilidade encontrados na literatura. Segundo elas *acessibilidade* é preferida por alguns autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral seja restrita à acessibilidade geográfica. O conceito de *acesso* parece direcionar a compreensão para a entrada inicial nos serviços de saúde, uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Sanchez e Ciconelli (2012) também discutem como que alguns autores, como Donabedian, tem preferido o conceito de acessibilidade a acesso, entendendo que naquele primeiro conceito está implícito um significado ampliado, relacionando a oferta de serviços a uma resposta às necessidades da população ao invés de uma simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço.

Contudo, na legislação brasileira, o termo acessibilidade parece operar igualmente com um sentido muito próximo ao das necessidades especiais enquanto que o conceito de acesso parece ser um termo que vem se institucionalizando em pesquisas nacionais e presentes nas legislações e políticas públicas de saúde. Quando Donabedian fala em acessibilidade, o define como a “facilidade da utilização dos serviços de saúde pelos usuários, decorrente tanto das características organizacionais dos serviços como das possibilidades dos usuários superarem as barreiras porventura existentes” (Cunha & Vieira da Silva, 2010,

p.726) ou também como o grau de (des)ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados, o que inclui a adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos utilizados às necessidades de saúde dos pacientes, o fluxo e eventos que antecedem à procura (Travassos & Martins, 2004). Este sentido proposto pelo autor é bastante próximo ao de acesso que a literatura e legislação brasileira operam. Tal opção linguística também é o caminho feito por Azevedo e Costa (2010) que, embora tratem acesso e acessibilidade como sinônimos, preferem o primeiro termo. Sendo assim, optamos, neste trabalho, pelo uso do termo acesso, entendendo que há, nele, elementos que a acessibilidade parece evocar.

4.1 Definições, considerações e possibilidades de compreensão

Cecílio (2009) faz uma correlação estreita entre acesso e necessidades de saúde, já discutidos anteriormente. A correlação não é meramente conceitual ou apenas de interdependência simplista – em que uma necessidade em saúde leva à necessidade de acessar serviços de saúde – mas sinaliza que acessar os serviços é uma necessidade em saúde por si mesma e que, a partir disso, se obtenha o cuidado necessário para o prolongamento ou o melhoramento da vida. Para Cecílio, esta definição de acesso como uma necessidade de saúde é correlata à noção de equidade, uma vez que busca romper com a hierarquização que se dá às tecnologias ditas leves, leve-duras e duras, quando se agrega mais valor às tecnologias duras como aquelas que têm mais potência de cuidado e resolutividade, legando às leves uma ideia de baixa complexidade e, logo, baixa efetividade. A noção de equidade proposta pelo autor é que o acesso à essas diferentes tecnologias se dariam conforme e a partir de necessidades específicas, onde “cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento que vive” (p.119).

Para uma proposta de consolidação dos sentidos possíveis de acesso enquanto categoria de análise, optamos pela utilização de três revisões de literatura: o trabalho de Assis e Jesus (2012), de Sanches e Ciconelli (2012) e a revisão de Travassos e Martins (2004). Essas revisões foram escolhidas por apresentarem maior consistência bibliográfica e por articularem o conceito em dimensões que possibilitaram enquadrar o conceito de acesso a partir de discussões que: ora apontam o sistema de saúde em nível organizacional, de financiamento e de gestão como os articuladores do acesso, ora apontam o indivíduo, sua capacidade de arcar com eventuais custos ou seu nível de informação acerca do processo saúde-doença, do sistema e das barreiras ou facilidades do acesso, ora ainda apontam os trabalhadores como os eixos principais do acesso. Há ainda dimensões mais complexas de

serem avaliadas como as de cunho subjetivo. Apresentaremos, a seguir, essas dimensões agrupadas por ideias correlatas, quais sejam: Acesso a partir de uma dimensão econômica e de custeio; Acesso como uma dimensão política e organizacional; Acesso como uma dimensão individual e, por fim, Acesso a partir das práticas profissionais.

Temos como proposta identificar e apresentar os usos que têm sido feitos da categoria “acesso” pela literatura e como tais usos têm implicações diferentes em cada descrição particular. Não iremos, portanto, esgotar toda compreensão desta categoria na literatura, nem tampouco lançarmos numa tentativa de um consenso, uma vez que nossa pretensão é tão somente discutir os usos que trabalhadores têm feito do acesso, tendo a literatura como um parceiro de diálogo, e não como referência dos distanciamentos e aproximações deste conceito.

4.1.1 Acesso como dimensão econômica e de custeio

Esta primeira dimensão ou enquadre para se pensar acesso é apontado tanto nos trabalhos de Assis e Jesus (2012) com o nome de “dimensão econômico-social” como no artigo de Sanchez e Ciconelli (2012), sob o enquadre de “capacidade de pagamento. Operam, nesta dimensão, dois enquadramentos distintos: por um lado a reafirmação do papel do Estado no acesso universal e, portanto, aponta para a discussão do financiamento do SUS e, por outro lado, as percepções de custo de tratamento saúde (transporte, medicamentos não custeados pelo SUS, dias sem trabalhar, entre outros) geram impacto para o usuário. Jesus e Assis (2010), em um trabalho anterior, discutem como esta dimensão econômica do acesso aponta a relação existente entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população como também evidencia o comprometimento dos formuladores de políticas com o acesso universal aos serviços de saúde.

Essa dimensão do acesso compreende a relação entre o custo de utilização dos serviços de saúde e a capacidade de pagamento dos indivíduos mas também engloba conceitos relacionados ao **financiamento do sistema de saúde**, ou seja: estão dentro desta dimensão não apenas o que o indivíduo pode ou não custear mas também (e aqui está o acesso universal como princípio doutrinário do SUS) o que o Sistema de Saúde deve (ou deveria) custear. Despesas com consultas médicas, medicamentos e testes diagnósticos, entre outros, são alguns exemplos desta dimensão que, igualmente, causam impacto para o usuário numa eventual dificuldade de acessar os serviços de saúde. Neste sentido, esta dimensão nos convida a pensar que os "custos com a saúde e a existência de despesas de saúde que precisam

ser assumidas pelos próprios indivíduos criam barreiras financeiras que impedem as pessoas de procurar e receber cuidados com a saúde" (Sanches & Ciconelli, 2012, p.265).

É oportuno aqui duas importantes considerações: o que pretendemos apontar com essa discussão acerca da dimensão econômica do acesso enquadrando o usuário nesta dimensão é como que acessar o serviço e reconhecer que o acesso ao cuidado pode lhe gerar algum tipo de custo (transporte, perdas de dias parados no trabalho, entre outros) pode prejudicar o uso adequado dos serviços. Outra consideração é que, nesta revisão de literatura, uma parte do referencial bibliográfico buscado pelos autores é de artigos estrangeiros, em cujos países os sistemas de saúde não são universais nem públicos. Assim, esta dimensão do acesso atravessada pela noção de custo do usuário tem um sentido diferente e muito mais correlato ao acesso do que aqui no Brasil.

Podemos dizer também que a dimensão do acesso enquadrando a economia e custos, está prevista desde a já discutida 8ª Conferência de Saúde que, além de deferir a universalidade do acesso, compreende também que a necessidade de custear o direito universal à saúde é copartícipe do sucesso do SUS. O documento aponta que as discussões sobre garantias de acesso universal e integral à saúde devem dividir espaços nas agendas de gestores municipais, estaduais e federais com o financiamento do setor saúde. Entendemos, a noção de economia/custeio do SUS enquanto dimensão do acesso é correlata à discussão do financiamento do setor saúde e que garante a estrutura do SUS. Estrutura que temos visto, nos últimos meses, ruir com declarações sobre a extensão e o tamanho do SUS como alvo de rediscussões.

Travassos e Martins (2004) também identificam no usuário alguns fatores atrelados ao acesso dos serviços de saúde, quando apontam que características sócio-demográficas podem influenciar na decisão e uso adequado dos serviços, bem como na organização dos serviços, nos modos em que esses são financiados e o uso adequado de tal financiamento. Apontam como que balanço entre benefícios e barreiras para acesso envolvendo custo percebido pode ser correlato à dimensão econômica de acesso. Por outro lado, enquadrando o próprio sistema como o responsável pelo custo e economia, discutem como que o financiamento do sistema de saúde, a quantidade e a distribuição dos recursos são correlatas à noção de acesso.

Esta dimensão do acesso aponta para a relação, muitas vezes com equilíbrio tênue e no limite, entre oferta e demanda (Assis & Jesus, 2012). A identificação de barreiras econômicas e sociais é, portanto, fundamental para proporcionar equidade à organização dos serviços.

4.1.2 Acesso como uma característica política e de organização dos serviços

Outro modo de análise em relação ao conceito de acesso é enquadrá-lo como um campo político, com suas devidas tensões e articulações. Aqui também há dois enquadres distintos para esta dimensão, de acordo com Assis e Jesus (2012): ora recai-se sobre o usuário, quando aponta para o desenvolvimento da consciência sanitária e da participação popular como elementos potencializadores do acesso aos serviços, ora sobre o próprio serviço de saúde, ao evidenciar a necessidade do comprometimento de gestores e trabalhadores para a consolidação do acesso. Para Travassos e Martins (2004), esta dimensão discute o tipo de sistema de saúde, legislação e regulamentação profissional, entre outros. Elas também retomam a discussão de outros dois autores que estudam este conceito: Donabedian e Andersen. A denominação de acessibilidade tomado por Donabedian, sugere que a dimensão sócio-organizacional deste conceito inclui as políticas e protocolos de elegibilidade dos pacientes em função de sua condição social, econômica ou diagnóstica. Já para Andersen, que divide o acesso em fatores individuais e fatores contextuais, sendo este segundo o enquadre político e organizacional. A partir de sua definição, pensar acesso a partir dos fatores contextuais implica relacioná-los às políticas públicas de saúde, oferta de serviços entre outros que tem o potencial de mudar a estrutura, organização e até mesmo práticas nos serviços. Alcance que tais políticas não teriam sobre os fatores individuais, discutidos mais adiante.

Assim, podemos considerar a dimensão política e organizativa do acesso as dimensões que têm implicada as políticas públicas, as regulamentações e normativas, mas também a organização dos serviços de modo a equalizar e regular a oferta de serviços de acordo com as demandas e necessidades da população assistida.

Outro enquadre dentro desta dimensão política e organizativa está a noção de acesso atravessada pela dimensão de disponibilidade (Sanchez & Ciconelli, 2012), ou na dimensão geográfica da acessibilidade, proposta por Donabedian (citado por Travassos & Martins, 2004). Naquela primeira, Sanchez e Ciconelli (2012) trazem para discussão a relação geográfica entre os serviços e o indivíduo, como distância e opções de transporte; relação entre tipo, abrangência, qualidade e quantidade dos serviços de saúde prestados. É a dimensão mais tangível desta dimensão de acesso. Numa concepção estreita à essa está a de Donabedian, para quem a dimensão geográfica da acessibilidade é a relação da “distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros” (Travassos & Martins, 2004).

Apontamos até aqui como que esta dimensão política e organizativa do acesso é uma dimensão de desempenho dos sistemas de saúde, tendo como baliza aqui apenas a

organização macro política e dos serviços, que facilite ou não o acesso. Neste sentido, aqui podemos incluir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT (2013) como uma das normativas e regulamentações que adentram no campo e nas práticas dos serviços, visando facilitar práticas de acesso e qualidade dos mesmos. A compreensão de saúde e suas determinações sociais advindas de processos de exclusão e da falta de acesso a educação e saúde teve importante impacto na forma de se pensar a organização dos serviços em prol do atendimento a esta população. Em seu artigo 2º, inciso II, descreve como um de seus objetivos específicos

ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades.(Brasil, 2013a, p. 20).

Enquanto que a dimensão econômica e de custeio tem uma relação ambígua de responsabilização, tanto dos usuários como dos serviços no sucesso ou fracasso do acesso, esta dimensão política e organizacional radicaliza e assume que proporcionar acesso universal à população, como um princípio doutrinário de um Sistema de Saúde, significa que é este sistema, e não o usuário, o responsável pelo sucesso e qualidade do acesso. Um dos únicos enquadres desta dimensão que aponta para a população seu papel no acesso e na avaliação das políticas públicas é referido por Assis e Jesus (2012) quando afirma que participação da comunidade é uma das instâncias políticas reguladoras articuladas dentro desta dimensão, por meio do controle social.

Para concluir, esta dimensão do acesso traz implicado em si a noção de mudanças em nível macro político e organizacionais, em que usuários e trabalhadores têm de se adaptar às normativas e orientações, mas ainda sim tem em sua centralidade aspectos pouco discutíveis no nível dos serviços. Quando apontamos aqui aspectos pouco discutíveis, queremos dizer que são orientações e recomendações técnicas verticalizadas que, muitas vezes até são necessárias para mudanças ocorrerem de fato, mas que se não discutidas e articuladas com as realidades dos serviços pode correr-se o risco de tornar-se engessadas. Neste sentido, trago para fechar a discussão a afirmação de Fleury (citado por Assis & Jesus, 2012, p. 2866) já referida noutro momento deste trabalho, de que *“Não se cria igualdade sem a Lei, embora a Lei não faz igualdade por si só”*.

4.1.3 Acesso a partir das práticas profissionais

Por fim está a dimensão do acesso que envolve os trabalhadores e suas práticas. Enquanto que na dimensão política e organizacional o enfoque está no plano macro político e de organização dos serviços, este enquadre do acesso aponta como que as práticas profissionais são elementos centrais no sucesso ou fracasso do acesso da população aos serviços de saúde.

Esta dimensão do acesso é, talvez, a que mais se relaciona com o propósito desta pesquisa, uma vez que coloca os trabalhadores, e não os serviços em si, como a porta de entrada efetiva do sistema de saúde. Inicialmente, a partir da proposta de Giovanella e Fleury (1996), concebida dentro de um modelo denominado Sanitarista-planificador, relativo à planificação e organização da rede de serviços, responsabilizando gestores pelo acesso a partir da organização e “ação planejadora do Estado, a partir da garantia da localização adequada, da disponibilidade e da articulação funcional dos serviços em uma rede organizada de acordo com a demanda” (Giovanella & Fleury, 1996, p. 196). Articula-se com princípios fundamentais da regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, com vistas a estabelecer universalidade, equidade e integralidade.

Para tratar desta dimensão, Assis e Jesus (2012) trazem o conceito de dimensão técnica, enquanto que Sanchez e Ciconelli (2012) trabalham novamente com o conceito de aceitabilidade, que já foi discutido na dimensão individual. Travassos e Martins (2004) retomam novamente o conceito de Donabedian de Acessibilidade.

A partir da descrição da dimensão técnica do acesso, proposto por Assis e Jesus (2012), a ampliação não apenas do conceito de acesso, mas do conhecimento das engrenagens que o constitui – como os trabalhadores e suas práticas – esta dimensão sustenta que se deve buscar a responsabilização dos trabalhadores de saúde, gestores, dos prestadores públicos e/ou privados, situando o usuário do SUS no centro do processo da atenção à saúde. Para este fim, lança mão dos dispositivos da integralidade da atenção, quais sejam: acolhimento, vínculo autonomia da equipe e do usuário, onde os dois primeiros são colocados como uma intervenção por si só, potente para o cuidado. (Assis & Jesus, 2012; Jesus & Assis, 2010).

A proposta de Sanchez e Ciconelli (2012) a partir do conceito de aceitabilidade também é uma dimensão do acesso que traz implicações para os trabalhadores e suas práticas: aceitabilidade, segundo eles, embora discuta sobre o papel individual dos usuários, também engloba a relação entre as atitudes dos profissionais de saúde e dos indivíduos. Trazem para essa proposta, inclusive, as expectativas dos profissionais de saúde e, por sua vez, as expectativas dos usuários em relação ao serviços, os trabalhadores e suas práticas de

acolhimento. O interessante aqui neste conceito é de inferirmos como que as expectativas que as pessoas têm em relação ao serviços pode estar estreitamente ligada à experiências (particulares ou de outros) anteriores de acolhimento e vínculo com os serviços. Porém, como a dimensão aqui trata especificamente das expectativas dos trabalhadores, Sanches e Ciconelli compreendem esta dimensão como as expectativas dos profissionais de que os pacientes entenderão e respeitarão sua condição e aderirão ao tratamento prescrito.

A articulação desta dimensão com o acesso para a população LGBT dentro dos serviços de saúde também é alvo da Política de Saúde LGBT, quando aponta a necessidade de redefinição de práticas e conceitos para o acesso com qualidade a essa população. No tocante também à dimensão técnica, basta uma procura superficial nas grades curriculares de cursos superiores, especialmente as graduações que formam profissionais da saúde, para verificar a carência de formação neste sentido. Como forma de estreitar esta lacuna na formação dos trabalhadores, o Plano Plurianual 2012-2015 propôs, dentre seus objetivos, a inclusão discussões relacionadas à orientação sexual e identidade de gênero como temáticas de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no controle social (Brasil, 2013a).

Especialmente em se tratando da população *trans*, os serviços de saúde devem estar capacitados para pensar o cuidado em saúde desta população de forma ampliada em que o processo saúde-doença seja incorporado dentro dos processos próprios dessas pessoas, das suas vivências no território bem como das “modificações corporais, a vida em coletividade e a influência das religiões afro-brasileiras em sua saúde, proteção e bem-estar” (Souza, Signorelli, Coviello & Pereira, 2014, p. 2284).

O respeito mútuo entre profissionais de saúde e usuários dos serviços é tido como um elemento chave no conceito de aceitabilidade. Esta relação de respeito e aceitabilidade também está prevista (ou é seu elemento central) da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos objetivos específicos de garantir “às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades” (Brasil, 2013a, p. 20).

Aceitabilidade tem como eixo a natureza do engajamento paciente-profissional de saúde e do diálogo que se estabelece nessa interação, a qual sofre influência da habilidade do paciente e de sua disposição para se engajar em um diálogo com os profissionais de saúde (Sanches & Ciconelli, 2012). Esta ótica de relação nesta dimensão do acesso como aceitabilidade também é apontada por Assis e Jesus (2012) para quem a aceitabilidade é a “relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços” (p. 2868).

Sanches e Ciconelli ainda apontam alguns indicadores que poderiam servir de avaliação do acesso nesta dimensão da aceitabilidade. Seriam as variáveis que têm influência nas decisões dos usuários em relação ao sistema de saúde como: crenças e atitudes com relação à saúde, conhecimento e fontes de informação sobre o cuidado com a saúde, ansiedade com relação à saúde. As variáveis consideradas imutáveis que têm estreita relação com a aceitabilidade pode ser idade, sexo, estado civil, comportamento de saúde anterior, educação, etnia, tamanho e composição da família, religião e mobilidade residencial. Estes atravessamentos da dimensão da aceitabilidade têm estreita influência sobre a confiança no sistema de saúde como elemento essencial para a equidade do acesso. A aceitabilidade e os problemas de confiança influenciam a decisão do paciente e a experiência adquirida e são mais propensos a afetar de forma desvantajosa os grupos socialmente marginalizados. Em particular, os problemas de aceitabilidade ligados à confiança estão relacionados na indisposição do paciente relatar seu histórico médico, adesão limitada ao tratamento ou não atendimento ao seguimento do tratamento e a um menor número de relatos de saúde espontâneos (Sanches & Ciconelli, 2012).

Aqui o conceito de heteronormatividade, já discutido, tem sua influência materializada. A heteronormatividade pode influenciar tanto a postura médica como a do paciente prejudicando a relação, em que o paciente tem que julgar se a informação de ser ou não homossexual é relevante para o diagnóstico e tratamento médico. Moscheta (2011) trata essa heteronormatividade como uma barreira ao acesso na medida em que a pressuposição do profissional de saúde da heterossexualidade do usuário restringe o nível de suas ações e ofertas de cuidado. O usuário, por sua vez, participa de um ambiente de cuidado no qual ele tem que escolher quando e o que dizer de sua sexualidade quando esta contraria a pressuposição profissional.

Este ambiente inseguro em que relatos sobre o que o usuário considera ou não importante para seu cuidado em saúde, especificamente sobre sua sexualidade, relaciona-se com o terceiro problema que incide sobre a aceitabilidade como dimensão do acesso, que é o menor número de relatos espontâneos (Sanches & Ciconelli, 2012), constrangendo a atuação profissional a sintomas ou levando à surpresa quando o paciente revela, então, sua orientação sexual (Moscheta, 2011). Embora se tenha leis e normativas que visam a garantia de espaços livres de preconceitos e discriminação, especialmente nos ambientes públicos, tais políticas não são suficientes para extinguir a homofobia dos serviços de saúde. Homofobia que tem gênese assentada na heteronormatividade institucional, especialmente quando as pessoas que buscam os serviços quebram as normatividades de gênero, como é o caso de “travestis,

transexuais, homens efeminados e mulheres masculinizadas, o que muitas vezes gera situações de vulnerabilidade social no âmbito de instâncias fundamentais da vida social, como família, trabalho e serviços de educação, saúde e segurança" (Mello, Brito & Maroja, 2012, p. 421).

Podemos discutir aqui como esta dimensão atravessa a população LGBT, inferindo uma dificuldade de acesso neste enquadre técnico a ocasião em que o serviço não atende as necessidades da pessoa LGBT que o procura, como por exemplo: homem gay em que o atendimento se encerra na lógica de DST, não abrindo possibilidade de ouvir a queixa de saúde, situação em que o despreparo dos profissionais e o receio por experiências anteriores de preconceito levam a situações de evitação e constrangimento, ocultamento e o tecnicismo (Moscheta, 2011) ou a pessoa *trans* que busca o serviço e não encontra profissional capacitado para o processo transexualizador. Essa capacitação não se refere ao aspecto técnico e médico do procedimento, mas o acolhimento do serviço. Aqui é possível ver uma relação entre a Política de Saúde LGBT e este sentido de acesso, já que a política entende que a atuação profissional com ética e excelência é essencial para o acesso (Sanchez & Ciconelli, 2012; Brasil, 2013a).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013) tem como alvo a reorganização dos serviços entendendo que as dificuldades relacionadas ao preconceito, discriminação e até mesmo desconhecimento das demandas desta população afetam sobremaneira no acesso de qualidade aos serviços. Esta dimensão do acesso como enquadre sobre os trabalhadores e suas práticas tem profundas implicações que, se bem conduzidas, pode ampliar e qualificar o acesso à saúde desta e de outras populações.

A consideração dessas dimensões presentes na ideia de acesso pode contribuir com a construção de um sistema de saúde mais capaz de atender as necessidades de seus usuários de forma integral. Contudo, o que se tem visto é que esse conceito, ao contrário de estático e que pode levar a um enrijecimento de protocolos e condutas profissionais, deveria ser constantemente alvo de discussão nos processos de trabalho. A identificação de barreiras econômicas, sociais, culturais e físicas é de responsabilidade dos serviços que ao fazê-lo, teriam melhores condições de proporcionar a equidade na dinâmica dos serviços em seus diferentes níveis de complexidade (Assis & Jesus, 2012). Transitando entre os espaços macro e micro políticos, pode-se até afirmar que as políticas podem oferecer algum direcionamento e planejamento mas “cabe a todos os envolvidos no contexto estudado pensar e estabelecer melhores formas de acesso, de acordo com as suas necessidades”, sejam os usuários ou os

trabalhadores (Nonnenmacher, Weiller & Oliveira, 2011, p. 251). É a mesma linha de raciocínio de Azevedo e Costa (2010) para quem a operacionalização do conceito de acesso deve considerar a relação que é estabelecida entre os indivíduos e o sistema de saúde.

O que a discussão destas dimensões sobre acesso desenvolvidas até aqui pode trazer de fecundo é que elas, que não são objetos distintos e que devem ser vistas como facetas de um mesmo fenômeno, podem contribuir com a construção de um sistema de saúde mais capaz de atender as necessidades de seus usuários de modo integral.

Por se tratar de elementos que, em parte, parecem convergir para as relações e o cotidiano, há tentativas de operacionalização desta dimensão de acesso através de políticas que funcionam na lógica de proximidade territorial, com de articulação do senso comum e tudo que o congrega com as práticas profissionais. Esta materialização tem se dado através da Estratégia Saúde da Família (Jesus & Assis, 2010).

A estratégia Saúde da Família é uma política que tem por missão consolidar a Atenção Básica e considerando que a Atenção Básica é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde e ordenadora do cuidado, passamos agora a uma breve apresentação da Atenção Básica como cenário principal do acesso e, sendo ela mesma, acesso para outros níveis de atenção.

5. ATENÇÃO BÁSICA COMO PRIMEIRO ACESSO

A Atenção Básica no Brasil, também identificada na literatura como Atenção Primária ou Atenção Primária à Saúde, historicamente passou de um lugar para cuidados triviais e de baixa complexidade para o centro do cuidado e gerenciadora dentro de uma Rede de Atenção à Saúde. A identificação dada internacionalmente para este nível – Atenção Primária à Saúde – é mais que mera semântica, mas aponta para o primeiro contato com a rede de atenção à saúde como fundamental, por isso primária (Mendes, 2015). Este autor tem sido referência para o aprofundamento conceitual e de orientação para os encaminhamentos das políticas aqui no Brasil. Tem muitas contribuições no sentido de ratificar a Atenção Básica como o alicerce fundamental do Sistema Único de Saúde.

Segundo ele, a associação da simplicidade e trivialidade à Atenção Básica como o nível de atenção menos efetivo se deve ao que ele chama de densidade tecnológica que é, por sua vez, associada à complexidade da atenção à saúde: quanto mais densidade tecnológica, mais complexa é a atenção à saúde. O autor aponta este equívoco demonstrando que a complexidade da Atenção Básica é algo a ser considerada e que este nível de atenção deve estar preparado para “solucionar a quase totalidade dos problemas mais frequentes que se apresentam no nível dos cuidados primários” (Mendes, 2015, p. 45).

A Atenção Básica é definida como um conjunto de ações de saúde de promoção e prevenção, diagnósticos, tratamentos, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde que conduzam à uma atenção integral que tenha impacto sobre a saúde das pessoas e seus determinantes sociais. Desenvolve-se a partir de práticas de cuidado, trabalho em equipe, com território adstrito e adscrito definidos. As tecnologias de cuidado presentes neste nível de atenção são complexas e variadas e visam auxiliar as pessoas no manejo das demandas e necessidades de saúde mais frequentes e relevantes. Sustenta-se no “imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos” (Brasil, 2011a, p. 19)

Por isso, a Política Nacional da Atenção Básica se desenvolve para a descentralização e capilaridade, para a proximidade da vida das pessoas. Deve ser o primeiro contato preferencial dentro do sistema de saúde e ser ela o centro de comunicação a Rede de Atenção (Brasil, 2011a). Para além de sua definição, deixa claro em seus fundamentos e diretrizes que se propõe possibilidade o acesso universal e que, para isso, estabeleça mecanismos de acessibilidade e acolhimento dentro dos serviços, acolhimento que pressupõe “receber e ouvir

todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes” (Brasil, 2011a, p. 20).

Articulando esta definição com as dimensões de acesso já discutidas, conceber o acesso dentro desta lógica da Atenção Básica abre um leque de possibilidades, desde a localização de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), seus horários e dias de funcionamento, organização para o acolhimento das demandas espontâneas, entre outros. Acesso neste nível de atenção também pode ser, conforme já discutido especificamente nas dimensões da aceitabilidade e simbólica, a percepção que a população tem em relação a estes aspectos do acesso - se são adequados ou não (Assis & Jesus, 2012).

Sendo o primeiro contato preferencial com o usuário do Sistema de Saúde, a Atenção Básica, nesse lugar de centro do cuidado numa rede que agora é poliárquica (e não hierárquica, onde antes este nível de atenção estava abaixo dos níveis secundários e terciários) e ainda pautando-se pela longitudinalidade e integralidade (Mendes, 2015), deve se consolidar e fortalecer para alcançar os objetivos a que se propõe. Para consolidar a Atenção Básica no Brasil, o governo brasileiro iniciou a implementação, aos poucos, do Programa Saúde da Família como um modo de reordenamento da lógica de produção de saúde a partir da Atenção Básica, inserida nos territórios e nos cotidianos, longitudinalmente, com ações de promoção e prevenção. As equipes do PSF são compostas por Agentes Comunitários de Saúde, técnicos ou auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos, em território e com clientela adscritos, preconizando a produção social da saúde, co-responsabilização e estabelecimento de vínculos entre os diferentes atores sociais que participam da intrincada e complexa rede de relações que sustentam a dinâmica social (Garbois, Vargas & Cunha, 2008).

O que inicialmente teve sua gênese como um programa, que parecia denotar pouco investimento e baixo índice de confiabilidade de potência neste modo de fazer saúde, transformou-se agora em Estratégia, o que a coloca como o principal modo de fazer saúde na Atenção Primária, sendo agora a principal estratégia de cuidado em saúde no nível primário, naquele primeiro contato com as pessoas, em seu território e a partir das lógicas da comunidade (Mendes, 2015; Brasil, 2011a).

A ESF se estabelece a partir de territórios com populações adscrita à suas responsabilidades definidas, atuando tanto na lógica assistencial como também na lógica da promoção e prevenção em saúde. Aqui, os conceitos de acolhimento, vínculo e autonomia dos atores envolvidos são novamente acionados como referência neste modelo de atenção.

A Estratégia Saúde da Família tem como norte a reorganização da atenção à Saúde no Brasil. Trata-se de uma

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (Brasil, 2011a, p. 54).

A partir deste enquadramento, a ESF dentro da lógica da Atenção Básica, é o personagem central, o catalisador do acesso das pessoas no Sistema de Saúde. É de responsabilidade de todos profissionais que atuam neste nível primário de atenção: realizar o cuidado de sua população adscrita e conforma sua necessidade (equidade); garantir a integralidade do cuidado; participar do acolhimento e escuta qualificada das necessidades de saúde e identificar as necessidades de intervenções, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizar (e priorizar) o estabelecimento de vínculo; praticar cuidado familiar e de coletividades e grupos sociais; entre outros (Brasil, 2011).

Tendo como referência essa noção da ESF como ação de cuidado que busca no vínculo, na relação, no conhecimento do território, na busca ativa, na longitudinalidade, etc, a ferramenta de trabalho, acesso a partir desta estratégia de cuidado implica, segundo Azevedo e Costa (2010) considerar a **relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde**, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas. Mas podemos acrescentar aqui também como o lugar mais potente para o cuidado integral com equidade e qualidade. A efetiva implementação dessas políticas (públicas) dependerá da atuação de um amplo conjunto de atores, que envolve gestores, profissionais de saúde, sociedade civil organizada, academia, e todos os envolvidos e deve ser alvo de discussão em quaisquer cenários (Ferraz e Kraiczyk, 2010; Nonnenmacher & Weiller, 2011). E quando se trata do acesso para a população LGBT no SUS, é consenso em pesquisas que há urgência na sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde no que se refere especificamente da saúde da população LGBT, já que as atitudes e os sentidos que os profissionais de saúde têm sobre a população LGBT e suas necessidades de saúde tem relação direta com o acesso nos serviços de saúde (Albuquerque, Garcia, Alvez, Queiroz & Adami, 2013; Bittencoutr, Fonseca & Segundo, 2014).

De qualquer forma, consolida-se a ideia de que acesso é um aspecto do desempenho dos serviços de saúde em que os trabalhadores e suas práticas são elementos centrais neste processo. Práticas profissionais que têm importante impacto na consolidação acesso dos

usuários nos serviços de saúde com acolhimento e vínculo. Falar de acesso neste nível de atenção por meio da Estratégia Saúde da Família parece ser, também, falar sobre o que os profissionais falam e fazem para garantir esse direito.

6. UMA SÍNTESE POSSÍVEL ...

Até aqui, vimos como o conceito de acesso nos remete à dimensão política, como organização e como prática profissional, bem como fruto das características da própria população que busca o serviço. Neste sentido, os profissionais que atuam na Atenção Básica, a partir da lógica da Estratégia Saúde da Família, cujos parâmetros se norteiam pelo vínculo, acolhimento, território e longitudinalidade, são os protagonistas da consolidação da proposta que gerou o nascimento do SUS: acesso universal e equânime a todas as pessoas. São suas práticas profissionais, ou os sentidos que lhe são atribuídos, que é o elo com as pessoas LGBT, suas necessidades e seu cuidado.

Acesso que, embora se apresente por diversas nuances e enquadramentos distintos que apontam para questões filosóficas e operacionais deste conceito, é o resultado da interação entre o usuário e o serviço, e o trabalhador da saúde surge como o catalisador deste processo. Acesso é um conceito com múltiplas possibilidades de pensar esta interação, que não se encerra no ingresso no serviço. Neste sentido, tomamos acesso como a relação entre usuários e os serviços, por meio dos trabalhadores. Tendo a população LGBT diversas formas de dificuldades de acesso relacionadas à discriminação, preconceito, invisibilidades, etc., prejudicando a potência do cuidado, garantir o acesso á essa população requer dos trabalhadores reinvenção das práticas de acolhimento e cuidado.

PARTE II
A construção do campo
de investigação

7. CIÊNCIA, DISCURSO E SENTIDO: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL

Esta pesquisa se apresenta como uma prática de pesquisa pós-moderna, orientada pelo Construcionismo Social, que aciona como estratégia de análise a noção de sentidos produzidos por meio das práticas discursivas bem como a analítica do discurso de Michel Foucault.

A organização de um método em pesquisa pressupõe que ele seja coerente dentro de uma teoria cujo discurso possa, por sua vez, lançar luz à escolha de determinados caminhos em detrimento de outros. Não se trata, portanto, de uma prática metodológica melhor ou pior, uma vez que estamos falando de uma dada forma de pensar o mundo e seus fenômenos cujos métodos só fazem sentido e são confiáveis, dentro de uma tradição científica e filosófica. Neste sentido, ciência é aquilo que as pessoas envolvidas – em geral os cientistas – definem a partir de critérios sobre o que é científico ou não, dentro de uma determinada comunidade de práticas (McNamee, 2014).

Construções teóricas que buscam uma verdade sobre a realidade têm cedido cada vez mais espaço para produções científicas que se pautam pela compreensão de sentidos e têm produzido profundas implicações no campo das ideias, tradições e pensamentos dados como postos. O questionamento da objetividade, racionalidade e progresso, tidos até então como alicerces primordiais para o fazer pesquisa (e verdades), tem produzido uma revolução de pensamentos e práticas que, se de um lado trouxeram incertezas e inseguranças, por outro lado, oportunizaram a emergência de novos diálogos e novas possibilidades e a ampliação de fronteiras (Gergen & Gergen, 2010). Pós-modernismo é o nome usualmente atribuído a essa nova forma de pensar o mundo, a nós mesmos e os fenômenos. No centro deste debate, correndo o risco de simplificar demais, está a incredulidade em relação a metanarrativas e a ideia de que o mundo é construído socialmente, por meio de nossas práticas conjuntas (Moscheta, 2014; Gergen & Gergem, 2010, Spink & Frezza, 2013). O que parece ser consenso é que o pós-modernismo tem se apresentado como sem destino delineado, projeto único ou ainda como imerso em contradições que fazem deste dissenso uma de suas principais características.

Imerso dentro desta turbulenta revolução está o Construcionismo Social como movimento que nasce a partir de três movimentos distintos, mas confluentes: “na Filosofia, como uma reação ao representacionismo; na Sociologia do Conhecimento, como uma desconstrução da retórica da verdade, e na Política, como busca de *empowerment* de grupos socialmente marginalizados” (Spink & Frezza, 2013, p. 6). O Construcionismo Social tem

interesse em “identificar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem, incluindo elas próprias” (Spink & Medrado, 2013, p.40). As práticas dialógicas que sustentam o construcionismo social nos levam a compreender como que a verdade é a verdade de nossas concepções, nossas instituições, de nossas relações e de nossos acordos sociais (Spink, 2010).

Falamos, portanto, da produção de sentidos como coerência dentro deste campo de conhecimento. O que se afirma é que sentido ou o conhecimento enquanto algo que nos faça sentido é algo que as pessoas fazem juntas. Dar sentido ao mundo faz parte da condição humana, ao nos desenvolvermos imersos em relações sociais (Spink & Menegon, 2013). É uma prática dialógica, que requer um empreendimento coletivo que chamamos aqui de práticas discursivas, onde a linguagem é o elemento principal de compreensão. De acordo com Spink e Medrado

sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (Spink & Medrado, 2013, p. 22).

Dessa forma, pensar a pesquisa dentro de um entendimento construcionista social, significa sair da lógica de observação para uma lógica de cocriação; do verdadeiro/falso para a produção de sentidos; da descoberta e do desvendamento para a produção de novas realidades; da validade estatística para a validade e utilidade local e generativa; enfim, da descoberta de uma única verdade para a geração de possibilidades (McNamee, 2014).

Na produção de sentidos, não temos “carta branca” para falar qualquer coisa, pois construímos conjuntamente nossa realidade dentro de um contexto atravessado por questões éticas, históricas e culturais, sendo impossível produzir sentidos sozinhos.

Também nos apoiamos em Foucault cuja noção de discursos como representação culturalmente construída pela realidade, não uma cópia exata (Foucault, 2008) e produtores de subjetividades é oportuna para a análise dos discursos dos profissionais. São, portanto, os discursos produzidos sobre acesso que será o foco de investigação desta pesquisa.

7.1 – Objetivo Geral

Compreender os mitos em relação ao acesso à saúde para a população LGBT por profissionais de psicologia das Unidades Básicas de Saúde de Maringá

7.1.2 Objetivos Específicos

- Compreender os discursos que profissionais da psicologia produzem sobre a população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.
- Compreender os discursos que profissionais da psicologia produzem sobre suas práticas profissionais com relação ao acesso à essa população.
- Discutir, a partir destes discursos, os mitos relacionados ao atendimento em saúde a essa população.
- Discutir os mitos a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, apontando entraves e desafios.

7.2 Método

Os materiais utilizados para análise nesta pesquisa são frutos de uma pesquisa nacional intitulada “*Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde*” (UNB, 2013), encomendada e financiada pelo Ministério da Saúde. Tem, a referida pesquisa, como objetivos, dentre outros, - mapear as dimensões do acesso da população LGBT; - identificar e apreender as dimensões da qualidade da atenção integral; - comparar os elementos das dimensões do acesso e da qualidade. Tem como participantes a população LGBT, gestores locais/municipais, gerentes das Unidades Básicas de Saúde, com foco nas Unidades Básicas que operam na lógica organizativa da Estratégia Saúde da Família.

Cada entrevistado tem, dado os diferentes contextos em que estão inseridos, distintos roteiros para a produção das informações. Para o propósito desta pesquisa, utilizei o roteiro criado para a entrevista com profissionais da Atenção Básica. (Anexo A). O referido roteiro busca, de um modo geral, favorecer um diálogo acerca da compreensão que profissionais de saúde tem sobre acesso e a qualidade do atendimento à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no SUS, especificamente na Atenção Básica.

As categorias profissionais dos entrevistados e sujeitos daquela pesquisa nacional e a respectiva quantidade são: 2 agentes comunitários de saúde; 1 auxiliar ou técnico de enfermagem, 1 enfermeiro(a) e 1 médico(a) da Estratégia Saúde da Família, totalizando 5 entrevistas em cada UBS, das 3 cidades selecionadas para a coleta de dados da região sul do Brasil: Maringá e Curitiba (Paraná) e Porto Alegre (Rio Grande do Sul). Na proposta inicial da pesquisa não constavam inicialmente os profissionais psicólogos como participantes alvos, sendo inseridos pela equipe responsável pela coleta de dados desta pesquisa na Região Sul, uma vez que estão inseridos no programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, sob a coordenação do Prof. Dr. Murilo Moscheta, Professor do Departamento de Psicologia da UEM. São estas, pois as entrevistas com os profissionais da psicologia que atuam nas Unidades Básicas de Saúde que constituirão o corpus desta presente pesquisa.

As entrevistas foram realizadas por um grupo de pesquisadores constituídos por psicólogas e psicólogos, orientandos de mestrado do programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Estadual de Maringá, estudantes de psicologia, por uma enfermeira da rede de serviços de saúde de Maringá, que atua mais precisamente no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e pelo Prof. Dr. Murilo Moscheta, coordenador desta pesquisa nacional na região.

A seleção das UBS para a realização das mesmas seguiu uma lógica de distribuição geográfica, buscando contemplar UBS em todas as regiões da cidade. Para tanto, optamos pela divisão territorial das equipes de NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, uma vez que tais equipes têm as ESF e UBS de determinados territórios sob sua adstrição. Eram sete equipes de NASF já implantadas e mais duas em fase de implantação. Sendo assim, escolhemos 8 UBS para a coleta dos dados, uma em cada território adstrito ao NASF, sendo que um dos NASF tiveram duas UBS como campo desta pesquisa.

Anterior à realização das mesmas, o Comitê de Ética da UEM autorizou a realização das entrevistas, bem como a gestão da Secretaria de Saúde após analisar o material da pesquisa, autorizou a participação dos trabalhadores nesta pesquisa. Todo trâmite de contato, autorização e mediação com as UBS escolhidas para a realização das entrevistas foi mediado pelo CECAPS - Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde – serviço dentro da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá responsável pelo gerenciamento, coordenação e mediação entre instituições de ensino e a Secretaria de Saúde, educação permanente, pesquisas, estágios, entre outros. Uma vez deferido pela Secretaria a realização desta pesquisa, o CECAPS mediou nosso contato com as UBS.

Uma vez escolhidas as UBS e autorizada a realização das entrevistas, cada UBS foi referenciada para dois ou três pesquisadores que entraram em contato telefônico com a direção das UBS (que já haviam tomado conhecimento desta pesquisa por comunicação interna da Secretaria de Saúde) e agendaram o dia e horário para irmos até o serviço, deixando a cargo dos trabalhadores presentes no dia a livre escolha em participar desta pesquisa. Cada equipe de pesquisador foi em sua respectiva UBS em dias e horários específicos para a realização das entrevistas. Em algumas UBS todas foram realizadas no mesmo dia, em outras tivemos que agendar outros momentos para concluir.

No momento de cada entrevista, cada participante autorizou e consentiu a participação por meio do termo de consentimento livre e pós-esclarecido (Anexo B). Após o consentimento, o participante respondeu ao roteiro de entrevista semi estruturado (Anexo A), que foi gravado para posterior transcrição. As referidas entrevistas *transcritas*, constituem, portanto, o *corpus* desta pesquisa.

Para esta pesquisa, optei por analisar as entrevistas realizadas na cidade de Maringá, com **profissionais da psicologia** que atuam nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Elas ocorreram em UBS da cidade de Maringá-PR, com os profissionais acima referidos, que totalizariam 7 entrevistas. Contudo, Apesar de estar previsto realizar entrevista em oito UBS, em uma delas não foi realizada a entrevista com psicóloga pois na época de realização das

entrevistas ela estava de licença maternidade. Foram estas 7 entrevistas que constituíram o corpus desta pesquisa. A seguir apresentamos a identificação dos profissionais entrevistados.

Nome	Idade	Raça	Estado civil	Religião	Tempo formação	Tempo de serviço
PIETRA	37	Branca	Casada	Católica	14	12
POLIANA	50	Branca		Católica	29	28
PÉROLA	41	Branca	Casada	Católica	16	16
PATRIK	38	Branca	Casado	Agnóstico	11	8
PETRUS	51	Branca	Solteiro	S/ Religião Espiritualista	17	15
PILAR	38	Parda	Casada	Católica	16	13
PAULINA	49	Branca	Casada	Espírita	26	26

O psicólogo tem uma inserção muito recente na atenção básica, pelo menos em termos de categoria profissional prevista em políticas públicas de Atenção Básica. Em Maringá existe previsto em nível municipal um psicólogo por cada Unidade Básica de Saúde. Sua atuação, até antes da instituição dos NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família, era permeada por atendimentos clínicos e compartilhamento de casos, via matriciamento. Assim, o psicólogo atendia os pacientes que eram demandados pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do matriciamento que aproximava o psicólogo da lógica da Saúde da Família. Com a vinda dos NASF, esse matriciamento é feito apenas para os casos que o psicólogo da UBS já atende clinicamente, e os demais casos pelo psicólogo do NASF, que atua também na lógica da Saúde da Família. Desse modo, a escolha pelos profissionais da psicologia como categoria de sujeitos desta pesquisa também fundamenta-se pela possibilidade de investigação dos sentidos de acesso para um grupo de profissionais que atuam num contexto de saúde com práticas, em sua maioria, clínicas, em que o acesso da população é mediado pelas Equipes de Saúde da família. Outro fundamento para a escolha desta categoria profissional é que a presente pesquisa faz parte do programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, onde entendemos ser importante, além de curioso, compreender os sentidos que os colegas psicólogos que atuam na Atenção Básica têm sobre suas práticas.

7.2.1 Histórias sobre a realização das entrevistas

Não é fácil congregarmos aqui as experiências dos cerca de onze pesquisadores em suas 48 entrevistas. Mas há algumas histórias que circularam nas nossas reuniões de discussão da pesquisa e que pode ser oportuno incluí-las aqui.

Assim que chegávamos na UBS, a maioria dos trabalhadores já estava sabendo da realização de uma pesquisa ali naquele local sem, contudo, saber do teor desta pesquisa. O convite para a participação foi seguido tranquilamente da aceitação em algumas UBS enquanto que em outras, foi um tanto mais custoso encontrar alguém que quisesse participar. Em alguns momentos, não pudemos perceber se em algumas UBS a resistência para participar desta pesquisa se deu pelo tema envolver a discussão de sexualidades (discussão esta que usualmente é permeada por posicionamentos políticos e pessoais bastante resistentes) ou por receios de não saber o que responder, já que muitos não estavam habituados com o atendimento de pessoas LGBT e incorrerem no risco de estarem sendo mal avaliados no que se refere ao acolhimento à esta população. Outro fator provável para a resistência de participação na pesquisa refere-se a históricos anteriores com outras pesquisas, por previrem constrangimento de não saber o que responder, ou de tomar muito o tempo, podendo acumular atendimentos que terão que ser atendidos posteriormente.

Contudo, todos consentiram em participar e o fizeram de modo muito satisfatório. Neste sentido, creio que o CECAPS e as direções das UBS foram singulares para o sucesso na realização das entrevistas, estando em consonância com o princípio que o Sistema Único de Saúde é campo para pesquisas.

Um ponto de ressalva que deve ser feito é que, em uma parte considerável das entrevistas, a conversa sobre acesso era iniciada não sobre “acesso de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, mas sim sobre acesso para toda a população. É claro que a associação era feita automaticamente depois, nos discursos de Igualdade, mas o diálogo era iniciado a partir de como é o acesso à UBS da população em geral, estando incluídas nesta população geral as pessoas LGBT. Fazer esse caminho de “falar do acesso para as pessoas em geral” e depois “falar de acesso para as pessoas LGBT” contribuíram, de uma certa forma, para acionar a Igualdade como elemento de referência de acesso.

7.3 Estratégia para a análise

Estando as entrevistas já transcritas, o primeiro passo para a aproximação com o conteúdo das entrevistas deu-se por uma visualização ampla que auxiliou nas escolhas das categorias de análise posterior. Após a realização de duas leituras integrais das entrevistas, já foi possível perceber a repetição de alguns discursos envolvendo as noções de *igualdade* e de *neutralidade*. Por compreendermos que tais discursos já são, de uma certa forma, superados dentro da psicologia, buscamos na noção de *mito* um recurso analítico que nos auxiliasse no aprofundamento desta discussão.

Empreendemos, então, na compreensão desta noção de mito (definido mais abaixo) que possibilitou que “afinássemos” nossa leitura das entrevistas, buscando então outros mitos que estavam aparecendo. Desta forma, foi o aprofundamento da compreensão do que estávamos chamando de *mito* que nos auxiliou na busca e seleção dos trechos para compor nossa análise.

A escolha dos trechos foi um processo intenso de “retornos e desistências”, já que um trecho antes excluído, agora no aprofundamento e aperfeiçoamento do uso do recurso analítico dos *mitos*, é retomado sob um novo olhar, sempre com o foco no caráter mítico que buscávamos discutir. Esta noção de mito nos sensibilizou para os trechos em que as descrições das pessoas LGBT eram construídas a partir de um entendimento estereotipado e pré-estabelecido sobre estas pessoas. Outra forma de discurso que era recorrente foi o acionamento de argumentos e justificativas que relacionavam o não saber e a falta de capacitação como explicações para as dificuldades de acesso. Consideramos ambas as formas de discursos como mitos.

7.4 Mitos: uma compreensão possível

Contamos histórias para tentar organizar o mundo, para harmonizar nossas vidas com a realidade (Gergen & Gergen, 2010). Os mitos, como um modo de organização de histórias, estão presentes desde que o homem adquiriu linguagem e contribuíram para esta necessidade dar sentido e coesão ao mundo. Deste modo, há compreensões sobre mitos tão diversas quanto nossa compreensão do mundo e de nós mesmos.

Muitos estudos atuais, especialmente nas narrativas científicas, abordam o mito para designar um erro ou uma informação falsa mas revestida de deslumbre e armadilhas que, ao final, operam como mentiras (Rocha, 1988). Quando percebemos que um determinado entendimento coletivo e arraigado é apontado como equivocado ou falso o nomeamos como um mito. O termo mito também é usado para fazer um contraponto ou tecer críticas a algum conceito (Ex: globalização, mito ou “realidade?”; “o mito do progresso”, etc), ou ainda como uma narrativa explicativa e totalizante da realidade, como também metáforas que ajudam o leitor na compreensão da realidade (Miguel, 1998).

A função do mito é oferecer ao indivíduo uma visão acerca de si mesmo e do mundo, para sanar nossa necessidade de produzir significados constantemente sobre o mundo, nossa origem. Essa inteligibilidade produzida pelo mito deve ser unívoca e universal, para uma suficiente sensação de coesão. Mito, portanto, não é uma farsa, senão uma forma de organizar logicamente o mundo e as coisas. Eles têm esta função de dar coesão e ordem ao caos e ao

nada, assim como nossas narrativas sobre o mundo e nós mesmos, cujo intuito, segundo Gergen e Gergen (2010) é oferecer um senso de estabilidade e lógica. O que ocorre é que tais narrativas, longe de ser um espelho da realidade, servem a um determinado entendimento que, por sua vez ela produz efeitos. Os mitos também têm efeitos.

Certamente não é nosso propósito aqui esgotar esta diversidade senão de demarcar o uso do mito algo que fora construído socialmente, tornando-se uma versão do que podemos chamar de realidade, ou a versão mais bem sucedida da realidade (Rocha, 1988). Contudo, e também este pode ser um dos efeitos dos mitos, o discurso mítico pode se tornar enrijecido e sacralizado como um algo imutável ou intocável, transformando história em natureza (Barthes, citado por Miguel, 1998). Ou seja, de esconder a construção histórica por meio do discurso da essência.

Nossa escolha por trabalhar com este conceito de mito também se deve à noção que algo é assim nominado quando seus limites são vistos à uma certa distância. Assim, um mito passa a sê-lo quando visto a partir de outra perspectiva. É nesta direção que Ficker também conceitua mito, como

algun elemento até então não problematizado é a uma certa altura posto em questão – passa a ser percebido como falso, ou se percebe que algo era tomado como o que não era e passa a ser um mito. (Ficker, 1984, p. 9).

Esta definição nos é útil neste trabalho por demonstrar o nosso processo ativo de problematizar (Ficker, 1984) as ideias e crenças e, deste modo, mostrar seu caráter mítico.

Nesta discussão, a noção de mito não será tomada como oposição à realidade, senão como um tipo de discurso útil para a produção de determinados efeitos. Destacamos neste trabalho os efeitos destes mitos sobre o acesso da população LGBT nos serviços de saúde.

7.5 Considerações sobre o campo da pesquisa

Maringá é uma cidade com 400 mil habitantes (IGBE, 2015), localizada na região noroeste do Estado do Paraná. É uma cidade média-grande planejada e de urbanização recente e a terceira maior do estado e a sétima mais populosa da região sul do Brasil. Setenta por cento da população se declara de raça branca e apenas três por cento se declara negro. A tradição religiosa é predominantemente cristã, com maioria católica, cerca de 72% seguida de evangélicos, com 21% aproximadamente. A renda domiciliar, de acordo com dados do IBGE de 2015 é 2 a 5 salários mínimos para cerca de 45 mil domicílios, seguido de 5 a 10 salários

mínimos para quase 32 mil domicílios, sendo estas duas faixas de renda as mais predominantes.

Existem 33 UBS em Maringá e em todas tem pelo menos uma equipe da Estratégia Saúde da Família, sendo a média de 2 a 3 ESF por UBS. Apesar de haver áreas descobertas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), não existem áreas descobertas de UBS e de ações assistenciais dispensados pelas ESF. Assim, toda a cidade tem UBS de referência para a população de cada distrito.

Todos os trabalhadores da saúde são contratados por meio de concurso público, cujos regimes são Estatutários, para cargos denominados assistenciais – que são os cargos do município não pertencente a programas do governo federal, e Celetistas, para estes programas de base federal, como os trabalhadores do SAMU, da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Os enfermeiros assistenciais têm carga horária de 30h semanais, enquanto que os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, assim como as demais categorias profissionais deste programa cumprem 40h semanais, conforme determina a portaria 2.488 de 2011 – que institui a Política Nacional de Atenção Básica. Os profissionais do NASF inicialmente cumpriam também 40h semanais e com esta nova política, que sinaliza a possibilidade de diferentes cargas horárias e não apenas 40h, conseguiram isonomia com outros profissionais da rede, hoje cumprindo 30h semanais.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desde 2001, instituiu o CECAPS (Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde) que é um órgão dentro da SMS responsável pela mediação entre universidades e serviços de saúde, pela avaliação de pesquisas nos serviços de saúde, pelas educações permanentes para trabalhadores entre outros. Foi o CECAPS nossa porta de entrada para a realização da pesquisa.

Todos os anos, a Secretaria de Saúde disponibiliza algumas capacitações, discussões entre trabalhadores e outras formas de atualização com vistas para mudanças práticas. A de maior destaque e que creio que pode ter pesado na produção de sentidos sobre acesso foi o AP/SUS. O Programa de Qualificação da Atenção Primária – AP/SUS, é um programa do Estado do Paraná e foi aderido pelo município como forma de reordenar a atenção à saúde, colocando a Atenção Primária como centro deste processo, tendo os demais pontos de atenção à saúde como referências para o usuário no que se refere ao cuidado de média e alta densidade tecnológica. O AP/SUS, foi organizado como uma capacitação continuada, por meio de oficinas temáticas envolvendo todos os trabalhadores da Atenção Básica. As oficinas tinham como metodologia a estratégia de ondas de formação onde algumas pessoas de referência da Secretaria Municipal de Saúde, denominado tutores, deslocavam-se para Curitiba, junto com

outros tutores de outras cidades do Estado. Lá participavam da oficina tal qual prevista para ser repassada para as respectivas cidades. Uma vez de volta, os tutores aplicavam a oficina para os denominados “facilitadores”, que eram pessoas de referência de dentro de cada UBS, responsáveis pela replicação de oficina temática de dentro do serviço, acrescido da responsabilidade de construir e pactuar as ações para implantação de uma Rede de Atenção à Saúde para cada linha guia de saúde. As linhas guias prioritárias, além da oficina inicial sobre Redes de Atenção à Saúde, foram traçadas conforme a prioridade estabelecida pelo Estado, sendo elas: Rede Mãe-paranaense, com foco na saúde materno-infantil; a Rede de Urgência e Emergência; a Programação da Atenção Primária, com foco nas doenças crônicas como Hipertensão e Diabetes; a Oficina de Vigilância em Saúde, cujo objetivo foi as ações da Atenção Primária na Dengue e Tuberculose prioritariamente; Rede de Atenção à Saúde do Idoso e, finalmente, a Rede de Atenção à Saúde Mental.

Creio que desde que ingressei no NASF de Maringá, a 5 anos, as oficinas do AP/SUS foram as que mais mobilizaram discussões e inquietações, já que as mudanças necessárias eram de nível não apenas estrutural, mas de práticas cotidianas dos trabalhadores. Tenho convicção que muitos dos sentidos de acesso podem ter sido influenciados pela participação nessas oficinas, que colocaram a Atenção Básica como a porta de entrada preferencial dos usuários na Saúde e a ordenadora do cuidado (Mendes, 2013)

7.6 Discussões e inquietações éticas

Todos os entrevistados foram convidados a participarem livremente e foram orientados sobre os objetivos da pesquisa, como se daria sua participação e de sua total liberdade para recusar, interromper ou até mesmo impedir que a entrevista já realizada fosse utilizada como objeto de análise. Foram também esclarecidos dos riscos que, embora considerados mínimos, se configuram por eventuais desconfortos ao responder aos questionamentos ou por encontrar no objetivo da pesquisa ou entrevista, elementos estranhos e contrários ao seu posicionamento pessoal. Contudo, todos consentiram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

É oportuna uma importante consideração aqui. Éramos um grupo de pesquisadores que nos dividíamos para a coleta dos dados conforme a disponibilidades dos profissionais nos serviço. Naquela ocasião ainda não me era claro o recorte dos sujeitos desta presente pesquisa voltados apenas para profissionais da psicologia. Por este motivo, como pesquisador não participei de nenhuma entrevista realizada nesta pesquisa o que me dá um limite analítico no teor das transcrições, uma vez que não disponho outras informações relevantes como tom de

voz, expressões de afirmação ou insatisfação entre outros, que poderiam lançar luz em relação a alguns trechos. Em todo caso, as transcrições são fieis, inclusive nas palavras incompletas, repetições e titubeios que ocorreram nas entrevistas, bem como a interlocução com as entrevistadoras.

No entanto, fazer uma reflexão ética acerca desta pesquisa, dos processos de entrevista, da análise e das considerações coloca-se como uma tarefa imprescindível, tanto pelos cuidados prescritivos de uma ética acordada politicamente sobre quais devem ser os cuidados e acordos em pesquisas envolvendo pessoas, como também, numa ótica construcionista de pesquisa, para ampliar a compreensão dos “resultados” da pesquisa. Assumir a não neutralidade é uma das principais implicações éticas neste movimento, em que o pesquisador coparticipa dos resultados que são, por sua vez, produzidos pela própria pesquisa.

Ao discutir a não neutralidade, Cordeiro, Freitas, Conejo & De Luiz (2014) apontam a subjetividade do pesquisador, antes vista como um entrave para a “pureza da realidade observada” como um elemento essencial de análise e de construção de sentidos. Se antes a ciência prezava o rigor pela neutralidade e controle total do objeto e da realidade pesquisada, o rigor científico, portanto, passa a ser a explicitação de todos os passos, escolhas, seus interesses, valores, posicionamentos, entre outros que vão convidar o leitor a seguir o pesquisador em seus passos e como fora produzido tais sentidos.

Essa é uma discussão fundamental nesta pesquisa uma vez que nosso posicionamento político e de militância é claramente pela luta dos direitos e de combate à discriminação, preconceito e exclusão sobre as pessoas LGBT. Tal posicionamento nos convidava, durante as entrevistas, a buscar aprofundamentos, sanar dúvidas e implicar o entrevistado no curso de uma resposta mais ampla e próxima de seu cotidiano, mas sempre tomando o cuidado de não ser um interrogatório, mas sim uma postura de curiosidade para com suas experiências.

Essa consideração me leva à uma inquietação ética para mim muito contundente. Trata-se de o que fazer com as falas e “achados” nas entrevistas. Ao encontrar os sentidos que profissionais de saúde têm sobre acesso ao SUS para a população LGBT, o que isso quer dizer? Quando se trata desta população, a notória e já discutida condição de exclusão e discriminação, inclusive dos serviços, poderia nos levar inicialmente, ao identificar os repertórios sobre acesso, a “descobrir” quem tem compreensões de acesso mais equânimes ou quem tem compreensões engessadas, limitantes. Procurei não incorrer o risco de identificar “mocinhos e bandidos” para fazer desta pesquisa um tribunal para apontar quem promove o acesso “do jeito certo” e quem não o faz.

Os efeitos da discussão que se segue na análise têm o objetivo de convidar ao diálogo e de abrir possibilidades de reflexão. Por ser profissional de psicologia que atua em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família, entendo que essa polissemia de discursos sobre acesso pode ter efeitos muito mais generativos e convidativos do que separar joio e trigo. As pessoas (no caso, os profissionais de psicologia entrevistados) podem se fechar para o diálogo se sentirem-se “acusadas” de preconceituosas ou de ingênuas por não perceberem suas práticas de exclusão e discriminação. Por mais que para as pessoas LGBT o efeito percebido possa ser este, compreendo que os trabalhadores querem, em suma, serem bons profissionais e convidá-los para um diálogo aberto e franco sobre acesso para essa população é meu objetivo pessoal e profissional no futuro. Por entender ser bastante provável que alguns destes trabalhadores tenham acesso a este trabalho, seja no acervo da biblioteca da Universidade Estadual de Maringá, seja em publicações mas também especificamente pelo meu empenho em, a partir deste trabalho, ampliar esta discussão nos espaços de trabalho, gostaria que, sob seus olhares, a pesquisa tenha apontado aspectos a ser melhorados e que o faça de modo que os convide ao diálogo participativo e construtivo.

Contudo, neste jogo dos sujeitos em relação, o poder não é distribuído uniformemente, havendo sempre aqueles que podem falar de si e dos outros – as(os) psicólogas e os que não têm espaço e voz para falar de si, que são prejudicados diariamente por atitudes e práticas sistematizadas e impregnadas nos serviços. Estes sim são o alvo desta pesquisa. Entrevistar trabalhadores sobre o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais nos serviços tem como finalidade contribuir, mas também investigar as dificuldades e entraves no acesso dessas pessoas no SUS. A discussão, portanto, terá como vozes os trabalhadores e suas práticas, por meio das entrevistas – o corpus de análise desta pesquisa – e as vozes de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (2013a) uma vez que esta política fora fruto da Conferência LGBT, da escuta direta da comunidade LGBT. É esta, a Política de Saúde LGBT, que será o crivo de avaliação sobre acesso no SUS. Trazer a Política de Saúde LGBT como voz da comunidade LGBT e crivo de avaliação e referência para acesso tem fundamento também na ideia que, por ser política pública, tem mais potência de impacto sobre a organização dos serviços, não sem espaço para diálogo e articulação no cotidiano dos serviços.

Outra discussão importante diz respeito aos efeitos da entrevista nos entrevistados, após o término da mesma. Compreendo que tudo que fazemos juntos, como um diálogo em uma entrevista, provoca efeitos que se estendem para além do momento da entrevista. Aqui

gostaria de amarrar outra discussão que fiz acima sobre os resultados como produzidos pela própria pesquisa: os relatos não foram expressão de um algo real e vivido antes, mas um sentido produzido naquele momento, por meio das perguntas do entrevistador. E que, sendo a entrevista uma prática discursiva dialógica, produz efeitos que podem assumir características de mudança de posicionamentos e práticas nos trabalhadores. Essa compreensão nos levou a sermos cuidadosos nas conversas, buscando oferecer ferramentas e informações para promover mudanças na compreensão, como informar e disponibilizar, para quem o quisesse, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), ou ainda, como identifiquei em algumas transcrições, ao terminar a entrevista, o entrevistado podendo relatar que ficará mais atento à essas pessoas e à suas necessidades, que procurará observar melhor seu acolhimento, etc. Enfim, a ética nesta pesquisa está implicada não apenas na observação de protocolos mas também naquilo que a pesquisa produz como efeitos.

8 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Considerando o que foi apresentado até o momento, a leitura das entrevistas e a organização da discussão permitiram o reconhecimento de diversos sentidos que foram aparecendo no decorrer do diálogo. Embora houvesse um roteiro semi-estruturado de entrevista, os questionamentos ali propostos eram um convite também ao entrevistador a escolher este ou aquele caminho, sanar esta ou aquela dúvida ou curiosidade a partir do discurso dos entrevistados. Sendo assim, e conforme irá aparecer em alguns casos, os entrevistadores também participaram da produção dos sentidos. Isso reafirma o que Spink e Medrado (2013) colocam a respeito da produção de sentidos como algo que não fazemos sozinhos, mas sempre coletivamente. Há, durante o diálogo, jogos de posicionamentos que a partir deles os sentidos vão se construindo e sendo negociados a cada instante (Pinheiro, 2013). Embora uma análise do processo de comunicação seja interessante para discutir o modo como sujeitos cooperam na produção, sustentação e reformulação de sentidos, neste trabalho nosso foco será o conteúdo produzido nas entrevistas. Tentaremos também destacar que, na análise, empreendemos o modo como os interlocutores coordenaram suas ações para que tais conteúdos pudessem ser afirmados.

A leitura cuidadosa e posterior análise permitiu identificar e organizar os sentidos, num único eixo de discussão que denominamos “Os mitos em relação ao acesso”. É oportuna, portanto, antes de iniciar as análises dos discursos propriamente ditas, que busquemos um entendimento útil sobre o conceito de mito que estamos acionando neste trabalho.

8.1 Os mitos em relação ao acesso da população LGBT no SUS

Construímos aqui a compreensão de mito como um conjunto de crenças que organizam e dão sentido ao mundo. Mas o caráter mítico não está apenas nas crenças em si, mas na sua relação com objetivos que se buscam alcançar através delas. No caso do presente trabalho, as crenças relacionadas ao acesso são um mito na medida em que tais crenças, postas como estão, não conseguem sustentar o objetivo de efetivar o acesso. A crença na igualdade, por exemplo, é sustentada por se acreditar na imparcialidade e de que seria a forma mais justa de acesso, sem privilégios. Contudo, as pessoas são diferentes, assim como suas necessidades de saúde, que são socialmente determinadas o que justificaria a oferta de cuidado em consonância com suas necessidades.

Nosso propósito é, portanto, nos relacionar com estas crenças que atravessam o acesso da diversidade sexual como um mito, passível de problematização e oferecer as pistas para

sua desconstrução. Conforme aponta Rocha (1988) um mito que tem o poder de denunciar como uma sociedade pensa sua existência e sua concepção de relação entre os homens entre si e o mundo que o cerca. Assim, ao tratar tais crenças como mitos, estamos nos posicionando ética e politicamente engajados na construção do acesso à saúde para a pessoas LGBT, entendendo que algumas destas construções sociais, como mitos, funcionam para engessar tal acesso, tais como: a ideia de igualdade radical entre as pessoas; ou a ideia de que os trabalhadores são neutros e que seus atos não são políticos ao escolher os “objetos” de sua intervenção; ou ainda uma crença de que apenas uma formação especializada garante o acesso, formação que é sempre externa ao indivíduo; a ideia equivocada de que a diversidade é uniforme e sempre escancarada, como se todos os indivíduos LGBT se resumissem a homens gays afeminados ou pessoas *trans* cujos comportamentos são tidos como escandalosos; um último mito que nos deparamos neste trabalho é o da crença que os trabalhadores têm acerca de sua falta autonomia para a garantia do acesso, estando este nas mãos dos gestores.

Ao apontar os mitos, estamos colocando-os como passíveis de problematização e desconstrução em favor de mais equidade no Sistema Único de Saúde. Eles não são mitos por natureza, mas nós os estamos nomeando e significando-os assim para apontar seu caráter cultural e construído socialmente como uma compreensão que recorta possibilidades tanto dos profissionais como de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais.

A análise apontou que as práticas profissionais são atravessadas e orientadas por um conjunto que acusa justificativas para práticas que não produzem o acesso. São os mitos aqui identificados: **Mito da Igualdade**, **Mito da Formação Específica**, **Mito da Figura Caricatural** e o **Mito da Neutralidade**.

Este mitos são conectados entre si e servem para justificar as dificuldades de acesso, compreensões estreitas, para o distanciamento e o cuidado reduzido a práticas técnicas, etc. Os profissionais não o percebem e, por isso reproduzem os discursos pois creem que é a forma mais correta e justa de orientar suas práticas. E com frequência, os mitos aqui descritos são uma forma de discurso institucionalizado e, por isso, são recriados e reiterados por relações de poder, onde o profissional é quem sustenta o mito como verdade.

9 O MITO DA IGUALDADE

A pior forma de desigualdade é tentar tornar iguais coisas desiguais (Aristóteles)

Poucos ideais têm força social e política para mudar os rumos da história como a noção de igualdade. No pensamento político, esta noção apenas ganhou espaço para florescer com mais intensidade a partir do fim da Segunda Guerra, ganhando corpo oficialmente na *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, em 1948, embora seus ideais já habitassem diversas civilizações em diferentes momentos da história. Mesmo havendo prelúdios em séculos antes, como na Revolução Francesa no século XVI, é a partir deste período que a igualdade passaria a organizar um pensamento político moderno (Baptista, 2014; Azevedo, 2013) que por sua vez iria influenciar toda geração subsequente.

Nossas instituições sociais políticas se construíram a partir da noção que somos todos iguais não apenas perante as leis, mas também iguais em essência. Contudo, esta noção não é natural senão fruto de intensas lutas que ocuparam grande parte da história. Dentre os ideais estruturantes das sociedades modernas e ocidentais, a igualdade ocupa um lugar de destaque nesta organização, a despeito das conseqüentes mazelas que ela esconde por meio do abafamento das diferenças.

De acordo com o Dicionário Aurélio⁴, os significados da palavra igualdade coabitam tanto o terreno da matemática como de um conceito social. Enquanto que na matemática sua exatidão é mais coerente e identificável (qualidade de igual; correspondência perfeita entre as partes de um todo; equação), a ideia da igualdade como um conceito social é bem mais complexa, cuja definição expressa: “relação entre coisas ou pessoas iguais; organização social em que não há privilégio de classes”.

O mito da igualdade se refere aos discursos que articulam e operam a partir da convicção de que as pessoas são iguais e que as diferenças são abafadas e postas de lado. Aliás, igualdade e diferença são comumente colocadas como polarizadas e dissociáveis. À este respeito, Scott (2005) propõe como uma forma diferente de pensar, tomá-los como conceitos em constante tensão e como interdependentes.

Tratamos a igualdade como um mito pois se trata de uma crença cultural e moral que idealiza a igualdade entre as pessoas. Não obstante, no mesmo curso histórico do

⁴ Conforme disponível no site: <https://dicionariodoaurelio.com/igualdade>

fortalecimento deste princípio já havia resistências e contradiscursos que se opuseram à essa noção compreendendo seu caráter utópico e não extensível a toda sociedade (Barros, 2007).

Barros (2007), para pensar o conceito e suas implicações, propõe que sua análise se inicie a partir de dois questionamentos centrais que, por sua vez terão outros desdobramentos: a) igualdade entre quem? e b) igualdade em relação a quê? No que tange o presente trabalho, tais questionamentos poderiam ser analisados a partir da população LGBT: seriam todos os LGBT iguais a quem? A resposta à este primeiro questionamento nos levaria a buscar o parâmetro acionado para contrapor o sujeito LGBT enquanto desviante dele. Tal parâmetro, imaginamos, seria a “população geral”, o que já cria um problema pois quem é esta população geral que serve de referência para dizer se os LGBT são ou não iguais à eles? Arriscamos, por dedução, que se poderia tratar da população não homossexual e cisgênero, população que, devido ao fato de não terem sobre si o marcador da orientação sexual e identidade de gênero destoantes da norma hetero e cis, não têm o peso das homofobias diversas como determinantes na sua saúde. Ainda nem colocamos em discussão outros marcadores que, certamente, problematizariam mais ainda esta igualdade, como raça, classe social, entre outros.

Em relação ao segundo questionamento – “igualdade em relação a quê?” (Barros, 2007) – trazida para o propósito deste trabalho, poderíamos reformulá-la assim: a pessoa LGBT é igual em relação a quê? Para responder à este questionamento teria que se recorrer a características ou situações seletivamente escolhidos para se afirmar a igualdade. O mito acontece quando a igualdade só se sustenta às custas do apagamento, ainda que discursivo, destas diferenças.

Deste modo, parece que para operar, a igualdade precisa fazer as diferenças serem ignoradas, pois se tivermos a ideia de que as pessoas são diferentes, é apenas por meio da ignorância ou dos privilégios de alguns que a noção de igualdade se sustenta. O efeito é fazer escolhas de quais diferenças não importam e quais igualdades contam como importante. Igualdade não é ausência de diferenças mas seu reconhecimento e a decisão de ignorá-las (Scott, 2005). É neste momento que a igualdade torna-se um mito, não pelo que busca atingir mas pelo que faz neste curso: relegar algumas das diferenças como de pouco impacto sobre a vida das pessoas.

As principais considerações que estamos agenciando para formular o mito da igualdade são os determinantes sociais da saúde e doença que já tem sido amplamente utilizados nas discussões no campo da saúde e que inclusive são a marca da Política de Saúde Integral LGBT. Apesar de haver uma diversidade de determinantes que incidem sobre a saúde

dos diferentes grupos populacionais, os determinantes sociais sobre a população são os da exclusão, discriminação, segregação e outras formas de homofobias e violências que têm impacto direto na saúde destas pessoas (Brasil, 2013a, Buss & Pelegrini Filho, 2007).

Ao analisar os relatos das(os) psicólogas(os) podemos entender como a igualdade opera para se referir às pessoas LGBT bem como às práticas profissionais que, por sua vez, têm como referência oculta a ideia de que somos, de fato, todos iguais. Decorre deste entendimento que os trabalhadores não devem segmentar e fazer ações diferenciadas. O mito tem como consequência também o entendimento que a população LGBT tem condições de saúde iguais às da comunidade em geral, desconsiderando os determinantes sociais da saúde. Assim, o discurso de que a população LGBT é igual à população heterossexual/cisgênero quando acionado no campo da saúde serve para (1) justificar a ausência de ações específicas voltadas ao cuidado da saúde da população LGBT e (2) ignorar os processos sociais que produzem características específicas na relação entre serviços de saúde e esta população.

Diante disso, organizamos esta discussão em três partes. A primeira busca analisar quais igualdades são agenciadas e em seguida quais diferenças são negligenciadas no uso da noção de igualdade no campo das práticas em saúde favor da manutenção de um mito da igualdade. Logo após, tentaremos compreender como o sentido de igualdade recorta e restringe as práticas profissionais. Na última parte a discussão irá se organizar sobre o mito da igualdade e o acesso, que terá como referência a Política de Saúde Integral de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, documento que referencia o acesso desta população nos serviços de saúde.

9.1 Diferenças que não importam

Iniciaremos a análise buscando compreender como os profissionais da psicologia empreendem o sentido da igualdade e como ele produz o efeito de homogeneização que, por sua vez, fala de um sujeito universal. O que parece estar implícito nestes relatos é que as peculiaridades e especificidades desta população não contam como relevantes na medida em que a ideia de saúde e as queixas clínicas e biomédicas desconsideram os determinantes sociais como incidentes nesta população. Os sentidos construídos nestes relatos têm a igualdade como constatação, como norma ou como objetivo. Como constatação, afirmam a igualdade como aquilo que identificam nos atendimentos ofertados à esta população. Como norma, os sentidos são voltados para construir a ideia de que é assim que deve ser organizado o atendimento à esta população para não produzir a diferença, que seria a discriminação que

se busca combater. Este combate da discriminação é o objetivo agenciado por meio dos discursos da igualdade.

Iniciaremos com a consideração do relato de *Petrus*. No contexto, a entrevistadora o questiona acerca das principais demandas de saúde da população LGBT que o psicólogo percebe aparecer na UBS.

Entrevistadora: Quais as principais demandas de saúde da população LGBT pra sua equipe?. No caso, você é o psicólogo da UBS, aqui na UBS, fale sobre a demanda espontânea.

Petrus: Hmmm... ela faz parte da demanda de toda a população, não existe uma, assim, pra demanda que chega pra gente não... a pessoa vem com todas as características de outra pessoa que é pressão, digamos, que é o que é a maioria. E não há nada mais direcionado, né..

O questionário semi-estruturado que foi o instrumento utilizado nesta pesquisa (Anexo) previa que a entrevista fosse realizada com profissionais da Estratégia Saúde da Família, daí o primeiro direcionamento dado de se pensar as demandas para a equipe de saúde. Por ser psicólogo de atuação clínica dentro da UBS, o recorte dado pela entrevistadora amplia para a UBS como um todo, já que o psicólogo em UBS não faz parte prevista nas Equipes de Saúde da Família e sua inclusão nesta pesquisa foi decisão desta equipe de pesquisadores, conforme já referido noutro momento. Este questionamento posicionou *Petrus* dentro de uma equipe de saúde – a UBS – que supostamente já tem discutido as demandas de saúde e solicitou do mesmo informações sobre a demanda da população LGBT para a UBS.

Notamos que *Petrus* busca empreender uma compreensão de que lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais são iguais à população inclusive no adoecimento. No final de seu relato, *Petrus* refere a funcionalidade desta compreensão, que é a de não necessitar de ações direcionadas especificamente para a população LGBT. O mito da igualdade, no relato de *Petrus*, opera para afirmar que pessoas LGBT são iguais e, ao fazer isso, desconsidera peculiaridades importantes como sofrimento e adoecimento pela exclusão e discriminação, sem contar o medo e ansiedade constantes pelo risco de violências a que estão sujeitos. Certamente questões clínicas como hipertensão, diabetes e outras condições de saúde acometem também as pessoas LGBT mas não podemos desconsiderar o peso do preconceito, estigma, exclusão e violência na vida destas pessoas que levam a diversas formas de adoecimento (Brasil, 2013a; Buss & Pelegrini Filho, 2007).

No o final do relato quando trata de não haver nada mais direcionado específico para a população LGBT discorreremos mais adiante na discussão que envolve o *especifismo*. Por hora, provavelmente o sentido construído por *Petrus* fora construído não apenas pelos casos que ele mesmo atendeu, mas por um discurso amplo na UBS, ou melhor, pela ausência de um

discurso amplo e sólido à respeito desta população que certamente o levou, ao ser questionado especificamente sobre esta demanda, a buscar o discurso da igualdade.

Pérola, também tem um entendimento semelhante o que a faz não perceber a frequência de procura pela UBS desta população. Ao ser questionada sobre o fluxo que esta população teria na UBS e como se daria o fluxo, ela diz:

Entrevistadora: Bom, assim, pra ter uma visão, um parâmetro, eu queria saber se você costuma atender essa população aqui

Pérola: Atendo. E desde o início, sempre me procuraram

Entrevistadora: E o fluxo, assim, é grande?

Pérola: O fluxo, ele é normal, mesmo que acontece com aqueles que vêm por encaminhamento, é o mesmo pra população LGBT. É o mesmo fluxo, então assim, eles vêm conforme a demanda deles, eles procuram a unidade. Fazemos o atendimento da primeira consulta e se for necessário atendimento psicológico eles fazem o atendimento, né. Eu penso assim, não considero tão grande e nem muito pequena. Não há uma procura muito grande, até por conta, que eles procuram o atendimento psicológico por conta de outras coisas e condições mentais que vem acontecendo na vida de todo mundo, não só da população “LGTB”, né. Eu vejo normal assim, nem grande nem pequena.

Ao ser questionada sobre como se daria o fluxo na UBS o sentido da igualdade aqui tem um papel peculiar: o de referir que o fluxo não produz desvantagens para a população LGBT e, ao não haver desvantagens, a UBS é acessível para esta população, igualmente como para qualquer outra. No mesmo caminho, assim como *Petrus*, *Pérola* aponta que as condições de saúde das pessoas LGBT são equivalentes das pessoas em geral. O uso dos termos que envolvem o tamanho ou frequência da procura desta população na UBS (“grande” e “pequena”) parecem servir para dar o peso epidemiológico desta igualdade e que não justificaria nenhuma ação diferenciada da UBS para o atendimento uma vez que o fluxo igualitário tem condições de acolher todos que ali chegam.

Outro efeito que o mito da igualdade tem sobre a prática desta profissional é o de olhar as demandas de saúde mental como iguais às da população em geral. Num consultório de psicologia, as demandas clínicas como depressão e ansiedade, entre outros, até podem acometer as pessoas LGBT (Toledo & Pinaffi, 2012) mas o desafio que a desconstrução do mito da igualdade nos propõe é alocar o sofrimento e demandas clínicas como, muito possivelmente, resultado das adversidades da exclusão, discriminação e risco de violências que estão sujeitos as pessoas LGBT (Silva & Barbosa, 2014; Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011).

E a psicologia clínica, lugar do qual as(os) psicólogas(os) falam para produzir sentidos sobre suas práticas nas UBS pode ter um papel fundamental na garantia de assistência de

qualidade, resolutiva e política para estas pessoas, já que seu objetivo “não á fazer com que se sintam normais, e sim que assumam e apreciem sua diferença” (Toledo & Pinafi, 2012, p. 163).

Outro modo como o mito da igualdade atua para dificultar a atenção a saúde às pessoas LGBT é o que chamaremos de *especificismo*. Neste tipo de discurso é articulada uma ideia de que o acesso para gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais só se daria com ações específicas como grupos, atendimentos e outras ações que delimitem que esta ação é específica para este público. Esta ideia é usada ora para ser refutada em favor da igualdade (não ficar segmentando, especificando ações), ora para dizer que o serviço não tem nada específico para as pessoas LGBT e provavelmente por isso não buscam a UBS.

Vemos aqui como o mito da igualdade também tem como efeito a restrição de possibilidades de atuação profissional, dado que, se levado a cabo, ações específicas voltadas para esta população, nesta ótica, seriam desaconselháveis. Entendemos que o *especificismo* também faz parte do conjunto de discursos que compõem esta sessão das ‘diferenças que não importam’ pois, para falar de *especificismo*, a ideia de uma suposta diferença até pode ser acionada mas esta diferença não conta ou não teria peso para se pensar em práticas de equidade no acesso.

A psicóloga *Pilar*, buscando sustentar um entendimento que a igualdade não é um ideal mas um objetivo a ser alcançado, se esforça para afirmar a igualdade como um valor.

Entrevistadora: tem alguma ação ou algo que poderia ser implementada que os convidasse a vir até aqui de uma forma que os deixasse mais à vontade?

Pilar: Hoje não temos uma ação específica, mas se ações específicas seriam possíveis? Eu acredito que seriam possíveis, eu só tenho uma preocupação no sentido assim de você ficar especificando muito, por exemplo, a gente tem a saúde do homem, quando tem campanha pra saúde do homem é aberta a toda a população, as ACS convidam todo mundo, então, que poderiam estar vindo, não tem impedimento. Eu acredito em uma coisa mais generalizada, do que você ficar fechando, você dar uma condição específica é fechar muito, fazendo com que isso fique muito só entre eles e é uma coisa que a gente tem que abrir mais, assim como tem as campanhas de prevenção contra o câncer de colo do útero, de mama, então assim toda a população é convidada, as mulheres também poderiam estar vindo, porque elas não tem só as demandas, que fica muito parecendo uma demanda ligada a sexualidade, elas também tem essas outras questões que precisam ser cuidadas. Enfim, elas podem estar vindo também nessas campanhas né..

A preocupação da psicóloga é que delimitar uma ação específica seria reiterar a diferença, diferença esta que, no seu entendimento, seria a gênese do preconceito e da segregação (“você dar uma condição específica é fechar muito, fazendo com que isso fique muito só entre eles”). Para fazer isso, *Pilar* articula o conceito de saúde às condições que acometem a todos de forma igual e, por isso, ao serem todos chamados para as ações na UBS

estariam contemplados nas suas necessidades de saúde. Ao que parece, *Pilar* cogita a existência de alguma diferença mas seu sentido de diferença está atrelado ao da discriminação. Ela não distingue que a diferença está mais na forma de compreensão do que na ação. Certamente não se trata de que todas as ações delimitadas para o público LGBT sejam distintas e longe dos demais usuários da UBS, mas de compreender suas necessidades e assisti-las dentro do rol de possibilidades dentro da UBS. Claro que há especificidades como o acompanhamento hormonal e o processo transexualizador, mas nos serviços de Atenção Básica, a compreensão necessária é também a do adoecimento como um efeito das opressões.

Podemos também apostar que a inclusão das pessoas LGBT possa estar dentro de sua percepção de algo “mais generalizado” e, com isso, não fazer distinção entre um homem gay e um hetero nas ações de saúde do homem, ou entre uma mulher lésbica e uma mulher cis hetero, ou ainda uma mulher trans, desde que generalizado signifique também inclusivo e equânime, não apagando as diferenças quando elas forem importantes para o cuidado. Mas se sua concepção de generalidade não incorporar a diversidade das pessoas ela pode se tornar uma barreira para o acesso.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem prevê, mesmo que timidamente, a promoção da saúde de *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2008) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004) também contempla bem mais ações que incluem as mulheres lésbicas como sujeitas desta política. Contudo, se no cotidiano do trabalho os trabalhadores não tiverem clareza de que *gays* e lésbicas, e ainda bissexuais e pessoas trans também podem ser contemplados por estas Políticas, podem ficar numa inércia e pouco, ou nenhum, esforço será feito para garantir que esta população esteja contemplada nestas ações ofertadas nestes eventos nas UBS.

Neste ponto o ideal da igualdade se mostra uma vez mais como um poderoso mito, uma vez que as necessidades de saúde desta população podem ser, e são, além do cuidado clínico. Se tomarmos a heteronormatividade (Prado & Machado, 2008) presente na construção do saber em saúde bem como nas suas práticas cotidianas, o acesso e o uso dos serviços de saúde, especialmente o vínculo entre profissionais e usuários (Cecílio, 2009), ficam bastante aquém de assistir o sofrimento, a segregação e discriminação como determinantes na saúde desta população.

Damos um destaque no trecho “[...] *as mulheres também poderiam estar vindo, porque elas não tem só as demandas, que fica muito parecendo uma demanda ligada a sexualidade, elas também tem essas outras questões que precisam ser cuidadas*” para discutir como as ações de saúde do homem e saúde da mulher podem responder às necessidades das pessoas

LGBT. Discutíamos a pouco que a população de *gays* e lésbicas são sujeitos previstos nas ações destas políticas, embora com uma inclusão bem mais tímida dos *gays*, bissexuais, travestis e transexuais. Também compreendemos que lésbicas têm necessidades que vão muito além da sexualidade mas estas ações às quais *Pilar* se refere conseguem assistir as necessidades das lésbicas? São organizadas de modo a deixar o serviço convidativo e inclusivo para todas as mulheres participar e contribuir com suas experiências de ser mulher? Arriscamos uma resposta negativa a estes questionamentos já que ela parece desconhecer a participação delas nestas ações, senão teria trazido experiências e histórias concretas para ilustrar e sustentar seu argumento de que tais ações contemplam as necessidades de *gays* e lésbicas.

Não é apenas afirmar que a necessidade vai além da sexualidade. Neste sentido, a discussão é mais política do que técnica já que não é a sexualidade em si a causa do sofrimento de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, senão o preconceito social acerca desta sexualidade que lhes tolhe inúmeras possibilidades e sustenta as hierarquias que organizam a sociedade (Brasil, 2013a; Prado & Machado, 2008). Este preconceito social, segundo Prado e Machado (2008) também opera em favor da igualdade na medida em que torna invisível nossa própria capacidade de pensar sobre como estas hierarquias atuam sobre a vida das pessoas.

O relato da psicóloga *Paulina* parece ratificar o extremo deste tipo de pensamento de que é a igualdade como uma característica das pessoas e prescrever como devem ser os serviços. Trata-se do sentido que fora produzido a partir do questionamento a respeito de sua avaliação das ações e serviços ofertados à população LGBT, de uma forma geral no contexto da saúde:

Paulina: Olha, hoje eu particularmente não sou adepta de segmentar, falar “esse serviço é para essa população” porque o serviço é para todos, é igual. Então eu questiono um pouco essa questão de começar, pegando a palestra que a gente teve né e daí é uma posição minha, pessoal, a internação dos travestis na ala feminina, que é o que vem do ministério agora, se ele pedir a ala feminina no hospital pelo SUS ele vai ser internado. E daí nós levantamos o questionamento e aquela vizinha lá de 70 anos que não entra muito na cabeça né?! Essa questão de estar internado com um homem. E no debate do ministério foi dito que a pessoa se sente como uma mulher, eu até entendo isso, mas a velinha de 70 anos não consegue entender. Então assim, eu acho que tem algumas coisas que precisam ser construídas e não determinadas.

Entrevistadora: Você acha que falta a construção?

Paulina: Isso, a construção antes de ir para a lei e acabou. É uma construção. Eu acredito que se eu trabalhasse dentro de um hospital eu teria alguns cuidados, por exemplo, não internaria um travesti com uma senhorinha, eu pegaria outro quarto com uma mulher mais jovem, devido a construção mesmo porque a gente não muda a ideia da sociedade assim de uma hora para outra. Por essa razão eu não concordo muito com leis específicas para grupos

específicos, independente de qual grupo seja, como cotas para negros. Eu acho que todo mundo é igual e nós temos que aprender a tratar todo mundo igual.

Este relato é rico em apontar como *Paulina* recorre ao discurso da igualdade cujos efeitos tem suas implicações como um mito. Inicialmente, seu posicionamento vai em direção de que segmentar e criar especificidades seria reiterar uma discriminação. Logo, para não discriminar, o ideal é atender todos da mesma forma. Aqui, o acionamento do sentido da igualdade operou para incluir uma terceira pessoa, uma senhora de 70 anos que, também cidadã de direitos e de igualdade, teria alguma dificuldade na aceitação ao ser obrigada a ficar internada num quarto com uma travesti ao lado, embora não diga qual dificuldade seria desta hipotética senhora de 70 anos. Parece estar implícito no trecho que forçar esta mulher ficar no mesmo ambiente que a travesti configuraria como uma violação de direitos por precisamente estar com a travesti no mesmo quarto. Violação de direitos de quem? No entendimento da psicóloga *Paulina*, para que não houvesse alguma violação de direitos desta senhora a travesti deveria ser internada em outro local como, por exemplo, com uma outra mulher que conseguiria compreender a situação e sofrer menos com a internação de uma travesti ao lado

O que está em jogo neste discurso é que alguém deve ceder. Como decidir quem tem mais ou menos direito que poderia justificar a escolha arbitrária do local de internação da travesti? O direito que é necessário por em questão aqui é de ser acolhida, internada e tratada com respeito, tanto a senhora de 70 anos como a travesti. Como o construcionismo social nos informa, o respeito é uma construção social (Gergen & Gergen, 2010) e participa desta construção não apenas o cultural, mas noções morais e políticas. O efeito desta consideração da psicóloga é que, a travesti é para ela um homem. Esta afirmação já destaca o modo como esta psicóloga, em seu discurso, não legitima a identidade de gênero da travesti, tratando-a em uma categoria de identidade de gênero que a própria travesti recusa. É a partir deste lugar de recusa a identidade travesti, que a psicóloga racionaliza sobre a decisão acerca do local de internação. Em sua racionalização, internar uma travesti em mesmo local que uma senhora (supostamente cisgênero e heterossexual) é desrespeitar esta senhora por forçá-la a dividir espaço com alguém que ela (supostamente) não desejaria. Vê-se que embora o enquadre do dilema postulado pela entrevistada propõe que a travesti e a senhora estariam “empatadas” no seus direitos de serem bem tratadas, a travesti é caracterizada no interior deste dilema em lugar de desvantagem (por não ter legitimada sua identidade de gênero). Além disso, o dilema é apresentado para contrapor-se a uma afirmação de que a travesti deveria ser internada em ala feminina, portanto, deduz-se a propensão desta psicóloga em posicionar-se em favor da proteção da suposta idosa. Se o dilema é colocado desta maneira, ou seja, uma das partes

ficará necessariamente desagradada, a decisão institucional de quem será desagradado é uma expressão de quais interesses são de fato contemplados pela noção de igualdade. O serviço tem que escolher quem vai desrespeitar – e essa escolha é uma afirmação de seus valores.

Certamente os modos de nos relacionarmos e aquilo que temos definido como aceitável derivam de nossas práticas históricas e culturais e, nesse sentido, são construções sociais que se processam ao longo do tempo. Entretanto, qual o papel do serviço de saúde nessa construção? Qual o direcionamento e o agenciamento do serviço e dos profissionais nessa construção? O direito de igualdade acionado pela profissional que, por sua vez, levaria à cidadania, parece se direcionar a senhora, e não à travesti. No trecho “*Essa questão de estar internado com um homem*” sinaliza que sua compreensão busca nas regras normativas de gênero o argumento tácito para justificar sua internação na ala masculina.

Este posicionamento se confronta com a portaria N° 1.820 de 2009, que dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços de saúde. No documento, em seu artigo número 4, sinaliza que o tratamento sem discriminação e preconceito de qualquer natureza, inclusive por orientação sexual e identidade de gênero, deve ser o eixo central que orienta o trabalhadores e suas práticas. Compõe ainda este artigo a garantia do uso do nome social do usuário, sendo esta a forma de legitimação da identidade adotada pelo usuário.

O tratamento no masculino também demarca que o lugar da igualdade como equivalente de justiça tem como parâmetro aquela senhora, já que a falta de percepção da identidade feminina da travesti é bem mais invisível do que o sofrimento da senhora e é a baliza utilizada o tempo todo para falar de igualdade. Prado e Machado (2008) referem como o preconceito tem esta faceta paradoxal, que nos impede de

ver” o que “não vemos” e “o que é que não vemos”, ou seja, ele atua ocultando razões que justificam determinadas formas de inferiorizações históricas, naturalizadas por seus mecanismos. Em outras palavras, o preconceito nos impede de identificar os limites de nossa própria percepção da realidade. (Prado & Machado, 2008).

Neste discurso de igualdade, ser uma mulher idosa (a senhora de 70 anos) é discursivamente mais reconhecido e valorizado ao passo que ser uma travesti torna o sofrimento e a violação de direitos mais aceitável e tolerante em favor de uma mulher idosa.

Não parece que *Paulina* produza este sentido deliberadamente, mas o faz para justapor-se ao discurso da igualdade. Não é a profissional que não quer colocar a travesti e a senhora num mesmo local, mas o discurso da igualdade que a proíbe. Aí está o mito, já que o

discurso visa promover acesso justo e imparcial a todos e, como vimos, o acesso é pensado para a idosa em detrimento da travesti.

Podemos deixar em aberto alguns questionamentos a partir desta situação: porque o sujeito de direitos “mais invioláveis” é a senhora de 70 anos por supostamente não conseguir aceitar a travesti com seu corpo que quebras normas binárias de gênero (Muller & Knauth, 2008, Rasera, Teixeira & Rocha, 2014) e não a travesti? Ser travesti torna viável ou mais aceitável a violação de direitos? Porque o sofrimento da travesti não foi alocado como alvo da preocupação da psicóloga? Pode este sofrimento ser comparado e usado como contrapeso ao desconforto de uma senhora em aceitar uma travesti em seu mesmo quarto?

Em outras palavras, colocar o sofrimento da travesti advindo de seu lugar na sociedade em *igualdade* com o desconforto daquela senhora é, no mínimo, desastroso, uma vez que a igualdade não atingiu aquilo que possibilitou sua emergência, mas sim ofuscou o sofrimento da travesti – que é objeto de atuação da saúde – em direção à redução do desconforto da senhora ao se ver com uma travesti ocupando o mesmo espaço.

Notamos, portanto, que o discurso da igualdade é um mito uma vez que ele reproduz e sustenta a diferença e a relega para um plano invisível ou irrelevante. É, pois, um mito na medida em que acionar a igualdade serve para a manutenção da desigualdade.

9.2 Diferenças que importam

Vimos até aqui como a igualdade, no intuito de justiça social, se torna um mito na medida em que abafa peculiaridades e necessidades de saúde. O caráter mítico se revela no objetivo do discurso da igualdade que é a forma mais justa de acesso pois colocaria as pessoas LGBT em paridade com a população geral. Contudo, como já dissemos na definição inicial sobre a igualdade como um mito, não se trata de constatar a todos como iguais mas sim de elencar diferenças que não serão incluídas para compor a discussão da igualdade. A diferença que é reconhecida nesta população e que vamos nos referir aqui são das Doenças Sexualmente Transmissíveis como associação imediata com a população LGBT.

Abordaremos agora, portanto, o que estes profissionais da psicologia elencaram como as diferenças que importam, ou seja, em que momentos esta população será marcada como diferente e em que consiste esta diferença. Vamos, portanto, discutir agora a diferença reconhecida e marcada nesta população – as DST’s - e como ela é utilizada como uma forma de descrever o serviço como quem oferta ações em saúde para esta população.

No trecho a seguir, a psicóloga *Poliana* faz esta construção de acionar o discursos das DST’s para se referir à população LGBT.

Entrevistadora: Você conhece a Política Nacional (de saúde LGBT)?

Poliana: O que a [nome] tinha me falado quando foi para eu participar da política, a preocupação lá do ambulatório⁵ é que tem aumentado né os casos de HIV e tudo, e esta população ela é um pouco mais vulnerável, pois sai mais para a noite, acaba bebendo, neste sentido da gente trabalhar mais.....Não tanto gays e lésbicas, mais o pessoal transexual travesti, então eu sei que existe uma preocupação do ministério da saúde né com esta população né, existe um investimento maior agora né?

Poliana, para dar peso ao seu argumento de que as DST são ainda um forte marcador nesta população, busca atribuir a informação ao Ministério da Saúde cujo investimento tem se dado de forma progressiva. No início de sua fala faz uma referência a um ambulatório que em outro ponto de sua fala se refere ao CTA⁶ (Centro de Testagem e Aconselhamento) órgão este que lida com testagens e aconselhamento, acompanhamento da pessoa com DST/Aids e Hepatites Virais. E este ambulatório teria sua demanda aumentada (“*neste sentido da gente trabalhar mais*”). devido a um aumento dos casos destas DST. Contudo, para usar este discurso das DST precisa associar a sexualidade, especificamente a relação sexual, com essas pessoas e ao fazer isso, constrói um sentido de sexo inconsequente e irresponsável (“*esta população ela é um pouco mais vulnerável, pois sai mais para a noite, acaba bebendo*”). Embora procure reduzir seu impacto sobre a gays e lésbicas e associar mais fortemente à população *trans*, o discurso desta prática de sexo inconsequente é atravessado pelo mito da igualdade por sua diferença elencada, que acabaria sendo a única necessidade mais específica desta população.

De fato, associar as DST's e a AIDS à população homossexual, especialmente a de homens gays, foi um discurso muito forte que em muitos casos transformou uma coisa na outra: automaticamente a homossexualidade, que já era vista como doença, era também sinônimo de AIDS (Terto Júnior, 2002; Brasil, 2013a). O prejuízo não para por aí, uma vez que está implícito no discurso que associa a população LGBT, que é a matriz que *Poliana* parece ancorar este entendimento, um outro discurso que articula a prática sexual sem proteção como igualmente equivalente à esta população. Toledo e Pinaffi (2012) fazem uma reflexão acerca de como se construiu esta associação. Segundo eles, quando se deu o início de maior visibilidade para as homossexualidades (gay especialmente) a escolha dos próprios parceiros era tida como um elemento de fortalecimento identitário deste grupo. Deste modo, deu-se uma construção cultural que solidificou uma visão de que esta população praticava

⁵ Referindo-se ao CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

⁶ Conforme informações do Portal Saúde da Prefeitura de Maringá
< <http://www2.maringa.pr.gov.br/saude/?cod=epidemiologia-ambulatorio>>

sexo desmedido e inconsequente (Toledo & Pinaffi, 2012) que, ao lado do advento da AIDS, enrijeceu este estereótipo. Não obstante as DST ainda possam ter nesta população seu maior impacto, sua associação quase que imediata com as pessoas LGBT pode provocar a ideia de intervenção com este foco – as DST's - cujos recursos técnicos e estruturais já estão implementados no SUS.

Da mesma forma, o discurso das DST pode ser utilizado mesmo que para referir-se a um maior autocuidado destas pessoas, como no trecho da entrevista de *Paulina*:

Entrevistadora: Qual sua opinião sobre as condições de saúde da população LGBT, como eles chegam até a instituição?

Paulina: Bom, os que chegam para mim na psicologia sempre com uma saúde geral boa, com boas orientações em termos de prevenções, de doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo de outros aspectos da saúde em geral, porque a nossa população é um pouco mais elitizada, né?! Não é um bairro carente.

Neste relato, embora a referência das DST sejam também acionadas para produzir um sentido sobre as condições de saúde da população LGBT, é a noção de maior autocuidado e orientação sobre as formas de prevenção que aparece como centro do seu sentido. A intersecção da orientação sexual com a classe social é acionada para sua compreensão de maior autocuidado. Segundo o seu discurso, pessoas mais elitizadas teriam acesso a melhores formas de autocuidado ao passo que classes sociais mais oprimidas economicamente não o teriam. Não obstante, a classe social é a linha que agencia os dois lugares – orientação sexual e DST – e é, no relato desta psicóloga, a diferença crucial entre as pessoas LGBT que padecem ou não das DST.

De fato, a intersecção entre estes marcadores produzem distintos efeitos na vida das pessoas. O marcador da orientação sexual e/ou identidade de gênero é um lugar de opressão e discriminação na vida dessas pessoas podendo vir a causar mais ou menos sofrimento dependendo de outros marcadores que se interseccionam à ele (Misoczky, Camara, Cerqueira & Coto, 2012; Melo & Gonçalves, 2010). No caso do diálogo da psicóloga acima, o marcador da classe social é acionado para produzir o diferencial no autocuidado à saúde, devido a mais orientação em relação à prevenção, etc.

Um dos efeitos mais imediatos desta associação das pessoas LGBT com as DST tem sobre as práticas profissionais é o recorte voltado para estas ações de prevenção e diagnóstico precoce de Doenças Sexualmente Transmissíveis, especificamente a testagem rápida que, de uma certa forma, já são rotineiras nas Unidades Básicas de Saúde. Mesmo que não seja uma ação específica para a população LGBT, quando questionados sobre quais ações são

destinadas para estas pessoas, as ações de DST são logo associadas como voltadas para esta população. O relato de *Pietra* é um exemplo desta associação quase que forçada:

Entrevistadora: Como as ações e serviços de saúde dirigidos à população lésbicas, gays, bissexual ... são organizadas na Unidade?

Pietra: Assim, específico, direcionado Eu lembro que só uma vez .. é...quando tinha uma equipe, a “equipe x⁷”, isso alguns anos atrás. Elas sempre faziam um trabalho, né, na época que tava se aproximando do carnaval. Só que aí não é voltado só pra essa população, mas também incluía .

Notamos que *Pietra* faz um esforço em direção à afirmação que a UBS tem práticas que assistem a saúde da população LGBT, práticas que são iguais para todos: as campanhas de testagem rápida e orientações sobre sexo com proteção no carnaval, época que os serviços de saúde se organizam para a prevenção das DST. *Pietra* reitera a associação entre DST e população LGBT e, ao mesmo tempo, descreve o serviço como quem oferta ações para as pessoas LGBT.

O que este recorte das DST faz na vida destas pessoas é também uma forma de violência na medida em que expõe, de maneira caricaturada, desmedida e reduzida, sua vida sexual. A violência não é a acusação de ter uma doença ou a suspeita da doença, mas o julgamento já dado acerca de suas práticas sexuais como negativas (Zanardo & Andrade, 2013). Apesar de as DST serem vinculadas às pessoas LGBT, *Pietra* faz uma ponte com outra forma de igualdade que põe de lado até este indicador de saúde para construir um sentido de igualdade ainda mais amplo, que será alvo de discussão a seguir.

Tratar as DST como um problema de gays lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais é reduzi-los à esta esfera o que apaga as diferenças realmente relevantes nesta população que é sua sujeição à discriminação e violências. Todas as pessoas estão sujeitas às DST mas aos LGBT esta parece ser uma sina que torna invisível um conjunto de outros problemas cuja invisibilidade serve à manutenção do preconceito.

9.3 Equidade e a Política de Saúde LGBT

A noção de igualdade cria um conjunto de tensionamentos éticos, políticos e técnicos que não conseguem ser respondidos se restringirmos apenas à este conceito. Este alcance da ideia política de igualdade tem limites que tornaria necessário outra forma de compreender as diferentes necessidades de saúde. O cuidado em saúde, nesta perspectiva só será possível se as

⁷ As equipes de Saúde da Família em Maringá são nomeadas pela ordem de sua implantação, desde a Equipe 1 até (no momento) equipe 66 de modo que, ao dizer o número da Equipe já a identifica. Desta forma, trocamos o número de identificação por “X”.

especificidades das pessoas entrassem nesse jogo de relações, se estiverem no foco de observação dos profissionais. Essa possibilidade de “ver” especificidades só é possível se a igualdade não apagar a diversidade de pessoas e suas necessidades. Equidade representa este ideal (Duarte, 2000). A noção de equidade é mais útil para orientar o acesso na medida em que não apenas reconhece mas consegue lidar operacionalmente com as diferentes necessidades, nos diferentes sujeitos com diferentes ofertas. Conforme Lima, Souza e Dantas (2016):

O desafio da promoção da equidade para a população LGBT deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações (Lima, Souza & Dantas, 2016, p. 123).

Como vimos, o intuito da equidade é promover o acesso ajustando a oferta às necessidades e demandas de cada população, e não uma mesma oferta igual para todos. Promover o acesso passa, indubitavelmente, pela organização do serviço ajustado ao usuário e não seu contrário. No trecho a seguir, da entrevista de *Pilar*, vemos que ela reconhece que a população LGBT tem dificuldades de acesso mas a força do mito da igualdade lhe coloca na posição de forçar a igualdade de acesso.

Entrevistadora: Você acredita que a população LGBT tem alguma dificuldade de acesso a saúde?

Pilar: *Eu acredito que tenha porque não é só essa população que tem dificuldade de acesso, todo o SUS ele precisa melhorar essa questão do acesso, então eu acredito que tenha sim, mas é.. tem gente que consegue mais, depende assim da pessoa e tal, mas tem que melhorar, sem dúvida o acesso tem que melhorar, mas eu acredito que seja como qualquer outro caso.*

Pilar faz um esforço genuíno no reconhecimento das dificuldades de acesso da população LGBT mas o atrela às dificuldades do SUS como um todo. Não sabemos se estas dificuldades de acesso já haviam sido foco de sua preocupação noutros momentos mas vemos aqui como ela produz este sentido para responder especificamente à pergunta se é uma população que tem dificuldades de acesso. A pergunta da entrevistadora conflui o sentido para as dificuldades de acesso que, ao lado do próprio tema de pesquisa, certamente contribuíram para este entendimento de que a população LGBT tem dificuldades de acesso. Pouco antes na sua entrevista, *Pilar* compreende o acesso em si (não apenas para a população LGBT) como o sentido de “*facilitar esse atendimento para qualquer indivíduo, para qualquer pessoa que esteja com sofrimento né, então que ele chegue a unidade, que ele seja acolhido por um profissional, esse profissional vai verificar qual a necessidade dele e fazer os encaminhamentos*”.

Embora seja efêmero em seu relato seu reconhecimento das dificuldades de acesso da população LGBT, a noção de igualdade parece ter direcionado *Pilar* para as dificuldades estruturais do SUS que ainda não assistiriam a todos adequadamente. Este discurso das dificuldades do SUS já é conhecido e debatido em diversos meios, sejam acadêmicos, midiáticos e permeia as conversas entre os usuários do SUS. Não é nosso objetivo discorrer acerca do que é elencado como a dificuldade do SUS em cada um destes meios tampouco fazer uma discussão geral à este respeito. Mas o interessante é que este discurso da insuficiência do SUS serviu a *Pilar* como uma forma de se alinhar ao discurso da igualdade para dizer que para que se melhore o acesso desta população específica, o acesso todo do SUS deve melhorar. Mesmo reconhecendo que esta população tem mais dificuldades (“.. *tem gente que consegue mais, depende assim da pessoa e tal*”), sua resposta é a melhoria para todo mundo. Vemos a igualdade novamente se mostrando como um mito, não porque a melhoria do acesso deve estar vinculada a um melhor acesso para todos, mas por entender que é apenas por este caminho de igualar todos no acesso ao SUS, que a população LGBT tem condições de um acesso justo e resolutivo.

A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013a) tem sua gênese no reconhecimento desta população como excluída e marginalizada, inclusive dentro dos próprios serviços de saúde e representa o reconhecimento do Estado nas iniquidades em saúde e que é uma população que necessita de melhorias no acesso a serviços de qualidade. É tida como uma política de promoção da equidade, junto com outras políticas que têm por objetivo combater as iniquidades em saúde que tem como um de seus elementos os determinantes sociais do preconceito, discriminação, exclusão e violências, elementos que também estão presentes dentro do campo da saúde que prejudicam o acesso destas populações historicamente oprimidas como as pessoas LGBT, negros, população cigana, etc. (Brasil, 2013b). Esta política busca, no campo da saúde, o enfrentamento das desigualdades em saúde que são frutos de “diferentes determinantes que podem corresponder a um conjunto de fatores interligados às condições de saúde e adoecimento” (Viana, Fausto & Lima, 2003, p. 59).

No contexto de saúde, os determinantes sociais da saúde são conceitos que provocaram outra forma de pensar a saúde, escapando dos corpos biológicos e alcançando os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss & Pelegrini Filho, 2007). O peso destes determinantes são distribuídos de forma bastante desigual e atribuímos valores também diferentes dependendo de quem é a pessoa que padece.

Faz-se necessário o reconhecimento dos fatores que atravessam a vida de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, maximizando suas vulnerabilidades por meio da discriminação e segregação que a homofobia ocasiona o que, por sua vez, são produtoras de adoecimentos. O preconceito e a discriminação endereçados à lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais tem, por consenso, sido chamado de homofobia. Embora sob um único signo, existe diversas formas de homofobias que, por sua vez, causal uma diversidade de sofrimento para estas pessoas (Zanardo & Andrade, 2013, Prado & Machado, 2008).

É sobre este reconhecimento que a Política Nacional de Saúde Integral LGBT assenta sua linha-guia:

A discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013a, p. 18).

Neste sentido, a igualdade se mostra como um mito na medida em esta crença arraigada e quase que sacralizada na igualdade entre as pessoas não sustenta abertura para observar tantos determinantes sociais que não são distribuídos de forma igual, mas que pesam seletivamente sobre as pessoas LGBT. Desconsiderar esta desigualdade é o terreno para se firmar uma igualdade fantasmática que continua assegurando privilégios aos grupos historicamente dominantes nas sociedades capitalistas: homens, brancos, heterossexuais, cristãos, escolarizados, ricos/classe média etc (Mello & Gonçalves, 2010).

A noção de equidade busca alcançar a inclusão desta população nos serviços de saúde a partir de algumas formas de operacionalização. A mais buscada é a do *especificismo*, cuja ideia de fazer ações específicas que delimitem que aquela ação é uma ação exclusiva para esta população e que já foi discutida noutros momentos. A outra forma e a de maior equidade no acesso é de não conformar qualquer atendimento em saúde de modo heteronormativo, o que permitiria a inclusão e assistência da população LGBT nas ações que já ocorrem nos serviços. *Pérola* faz uma aproximação neste sentido.

Entrevistadora: E assim, como você avalia hoje a saúde desta população? De forma geral.

Pérola: *Vou ser sincera com você, tive pouco contato, assim, da saúde no geral. É, tipo, assim, eu acredito, espero que eles estejam recebendo atendimento. No mês passado a gente teve o Outubro Rosa, né. Eu espero que tanto a população lésbica também tenha sido convidada para fazer o preventivo, né. Eu acredito que as ACS, como elas passam nas casas, fazendo convite, isso não há diferença, acho que inclui. Esse mês é saúde do homem, eu espero que, né. Agora assim, como é que é, como está o atendimento, eu não sei te falar, por conta que assim, não tem nenhum programa específico. Nós temos pra diabetes, pra*

gestantes, pra fumantes, pra idosos, mas você não vai ver um programa pra população “LGTB” “LGBT”, eu sempre troco a última sigla.

O que de imediato podemos observar no presente trecho é que *Pérola* responde sucintamente que desconhece as condições de saúde desta população. E, ao ser solicitada para falar sua percepção da saúde da população LGBT, *Pérola* refere acreditar que estejam recebendo adequadamente o atendimento. Seu modo adequado de atendimento parece compreender que a inclusão desta população nas ações rotineiras da UBS é, no nosso entendimento, uma forma de equidade. O “Outubro Rosa”⁸ é entendido por ela como uma oportunidade de as mulheres lésbicas também serem assistidas nas necessidades de prevenção do câncer de mama. Compõem também ações do “Outubro Rosa” rodas de conversas e demais ações que extrapolam a prevenção do câncer de mama e chegam ao ser mulher, suas vivências e desafios, etc.

Neste sentido, as mulheres lésbicas, além da necessidade de prevenção do câncer de mama, têm muito a contribuir nas discussões e reflexões sobre a mulher nos dias de hoje. Compartilhamos a expectativa de *Pérola* de que lésbicas sejam população alvo nas ações do “Outubro Rosa”, bem como nas demais ações da UBS, bem como que *gays* sejam incluídos no Mês de Saúde do Homem, cujo foco está no câncer de próstata.

O modelo heteronormativo da atenção à saúde ainda é presente a despeito das políticas e normativas propostas que visam a superação deste modelo. E é esta heteronormatividade institucional caracterizadas pelos atendimentos discriminatórios, a principal causa “da exclusão da população pesquisada dos espaços de saúde” (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013, p. 523). Romper com este modelo permite compreender que lésbicas e *gays* têm necessidades específicas mas que podem ser contempladas pelo acolhimento e inclusão na UBS já que, dentre as especificidades, é a exclusão e preconceitos seus maiores desafios. Lima, Dantas e Souza (2016) também reconhecem essa necessidade de superar

o modelo de saúde heterossexual que se construiu em nosso país; por ser um modelo de saúde que, em sua atenção primária, em seu trabalho preventivo, não fomenta as pessoas LGBT também como público alvo dessas ações, que precisa de aparatos legais, indo de encontro à perspectiva de um sistema de saúde único, integral e universal, formando guetos dentro da própria política de saúde (Lima, Dantas & Souza, 2016, p. 124)

Nem incluímos ainda nesta discussão outro desafio ainda a ser superado na construção da equidade nos serviços de saúde para esta população que é a superação do modelo

⁸ Movimento mundial que visa chamar atenção, diretamente, para a realidade atual do câncer de mama e a importância do diagnóstico precoce

cisnormativo, permitindo a inclusão de pessoas transexuais nestas ações, especificamente por entender a diversidade da experiência da mulher trans como contributiva junto a outras mulheres com diálogos sobre o feminino e o ser mulher. Bem como o homem trans poder ajudar ampliar a experiência do masculino e do ser homem nos serviços de saúde.

O que somos levados a pensar como brechas de possibilidades de ação é o posicionamento ético e político dos profissionais de psicologia frente à diversidade sexual, previsto não apenas no código de ética as noções de dignidade e respeito, mas especificamente a partir da resolução 01 de 22 de março de 1999, que estabelece normas de atuação para psicólogos em relação à questão da orientação sexual. Embora já com aproximadamente 15 anos (desde a coleta dos dados desta pesquisa em 2014) desde sua publicação, é desconsiderado e em apenas um momento referido como um documento normativo e regulatório das práticas profissionais que pudesse orientar os profissionais na conduta com a população LGBT (embora o documento seja limitado à orientação sexual ainda não trazendo para seu escopo a questão da identidade de gênero). O trecho em que ele é citado aparece mais adiante neste trabalho.

Em todo caso, não parece ser, pelo menos ainda, a carência de normas e políticas para orientar o respeito, dignidade e equidade no acesso, mas uma postura profissional que ainda carece ser lapidada e discutida para que o mito da igualdade não prenda o profissional em protocolos universais, protocolos estes que são seletivamente excludentes. À este respeito, a psicóloga *Pietra* faz uma aproximação desta mudança na postura profissional. O questionamento a seguir foi realizado na finalização da entrevista, avaliando como foi o diálogo sobre este tema bem como a proposta do Ministério da Saúde de investir no acesso da População LGBT.

Entrevistadora: o que você achou dessa entrevista, desse trabalho que o Ministério da Saúde tá fazendo, essa política que foi lançada pra tentar melhorar a qualidade de acesso dessa população?

Pietra: *Eu acho que é importantíssimo esse trabalho né pra que essa população possa ter um acesso como qualquer outra pessoa Eu acho, é mais algo pra trabalhar nós, profissionais ..nossos conceitos e pré-conceitos.... A gente precisa muito disso, que tem toda uma questão de tabu aí, até na educação, daí a gente passa isso pros filhos né, vai multiplicando. Na reunião que a gente tem de redes de atenção, a área da educação a gente acaba precisa trabalhar, porque senão a gente, ao invés de ajudar a gente acaba fazendo ... reforçando né, um julgamento, os pré-conceitos. Precisa fazer um trabalho urgente. Eu não sei se assim, na minha forma, pouco conhecimento, quer dizer, quase nada, de conhecimento que eu tenho, mas assim, se a gente também trabalha, não precisa trabalhar diferenciado, senão daí é mais uma forma de discriminação né: “Ah, tem que ver um atendimento diferenciado pra essa clientela”. Não né! O que tem que mudar é a nossa visão né. São os nossos preconceitos e, enfim, é isso que tem que mudar pra poder ver que eles são como qualquer uma outra*

(pessoa)... né. A gente tem que, acho que quebrar isso, na minha opinião. E não oferecer um atendimento diferenciado, porque senão é reforçar “Ah, eles são diferentes então então eu tenho que atender diferentes”, aí é reforçar preconceitos.

No seu primeiro relato apresentado na discussão das ‘diferenças que importam’, *Pietra* trouxe as DST como uma diferença por ela elencada que tem efeitos mantenedores da associação histórica entre a população LGBT e as DST cuja finalidade também se estende na descrição do serviço como já contemplando estas necessidades de saúde.

Neste seu último trecho, *Pietra* se localiza como alguém cujos pré-conceitos lhe parecem claros nos limites do acesso. O enquadre neste discurso se localiza mais num contexto de equidade que se aproxima dos objetivos da Política de Saúde LGBT. No trecho “*não precisa trabalhar diferenciado, senão daí é mais uma forma de discriminação né: ‘Ah, tem que ver um atendimento diferenciado pra essa clientela’. Não né! O que tem que mudar é a nossa visão né. São os nossos preconceitos*” denota sua mudança de posicionamento em relação ao primeiro trecho apresentado, tratando das DST. Embora situe seu discurso no campo da formação (ou da falta dela) – que será foco de discussão na próxima categoria de análise – *Pietra* refere que a formação não é o único imbróglio na garantia do acesso, mas também o posicionamento do profissional em que seus tabus e pré-conceitos recortam suas possibilidades de práticas mais inclusivas. Embora o constructo anterior ainda esteja presente - “*ver eles como qualquer outra (pessoa)*”, parece dizê-lo para reiterar sua compreensão de que o desafio maior é o posicionamento profissional diante desta população. Este sentido aproxima-se dos objetivos da Política de Saúde Integral LGBT que compreende as práticas profissionais ainda insipientes e preconceituosas com esta população, oferecendo subsídios e ferramentas almejando práticas mais inclusivas e equânimes (Brasil, 2013a).

Entretanto, ainda há especificidades que devem ser observadas para que a prática de equidade tenha seus objetivos alcançados. Embora também reconheçamos como as posturas profissionais são fundamentais para o acesso, compreensões de necessidades específicas devem levar a ofertas específicas para atender tais necessidades. Daí segue-se que fazer coisas específicas – o especificismo – não deve ser utilizado como organizador do serviço para realizar ações específicas como se, por si só, fossem práticas inclusivas, se tais ações não estivessem em consonância ou fossem resultados da observância de necessidades também específicas desta população. Não é o acesso descolado das necessidades (como uma ação que se mostra como sendo de exclusividade desta população) mas a compreensão das especificidades que deveriam orientar as práticas.

Compõe como especificidades de necessidades de saúde desta população os objetivos de implementar monitoramento de seus indicadores de saúde, cada qual com suas especificidades, bem como orientar práticas exclusivas como o processo transexualizador; acompanhamento na utilização de hormônios, estratégias de atendimento da população de travestis, garantia da utilização do nome social e o enfrentamento do preconceito institucional nos serviços de saúde (Brasil, 2013a). Práticas de saúde específicas para esta população devem ser o resultado da observância destas necessidades, orientadas para o acolhimento e resolutividade da assistência.

Então, em contraponto ao relato da psicóloga, embora haja necessidade de mudar os olhares profissionais vencendo tabus, preconceitos e pré-conceitos, tais olhares podem sim culminar em ações diferenciadas, contemplando as necessidades de saúde. De modo algum isso é privilégio uma vez que a organização do SUS, particularmente da Política de Saúde LGBT e da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011a) preveem o alcance da resolutividade na assistência lançando mão de ações direcionadas para sua população referenciada.

E isso ainda não contempla os determinantes sociais que incidem sobre a saúde desta população. À este respeito, a Política Nacional de Saúde LGBT, no reconhecimento das desigualdades que esta população está sujeita bem como a suas peculiaridades que devem ser observadas pelos serviços de saúde, busca proporcionar mais equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde com enfoque nas demandas e necessidades desta população, bem como sua intersecção com raça, gênero, classe social, entre outras. (Brasil, 2013a). Se de fato fôssemos todos iguais não faria sentido uma política que orienta e baliza as práticas profissionais com focos para especificidades. Na população LGBT, a especificidade se assenta no peso do preconceito, discriminação e estigma que, muitas vezes, ocorre dentro dos serviços de saúde, preconceito este que não faz cair por terra o mito da igualdade já que pesa seletivamente apenas sobre estas pessoas. Neste sentido, o mito da igualdade é heteronormativo, já que o parâmetro a partir do qual se fala a igualdade e a diferença é a heterossexualidade, para não dizer ainda branca, masculina e elitizada.

Outra consideração que não pode escapar à esta análise se deve a discussão da mudança de compreensão da psicóloga em relação ao acesso da população LGBT, indo do primeiro sentido que elencava como diferença importante as DST e seu posterior deslocamento que reconhecia a postura profissional como fundamental para a garantia do acesso. Tal deslocamento parece ter se dado a partir da solicitação da entrevistadora para avaliar a entrevista. Realizada toda a discussão precedente em que provavelmente alguns

destes questionamentos não haviam sido foco de suas reflexões acerca de sua prática, ao ser construída a ideia de que esta população tem dificuldades de acesso – já que a própria proposta de pesquisa é avaliar seu acesso nos serviços de saúde – o que parece ter ocorrido é uma negociação de sentidos entre entrevistadora e psicóloga, construído pelos questionamentos da própria pesquisa. No seu término, *Pietra* parece ter se desfamiliarizado⁹ com a ideia do serviço apenas assistir as possíveis demandas de DST e incluído a si mesma e os demais profissionais como eixos fundamentais na garantia do acesso.

À este respeito, a entrevista certamente oportunizou repensar seus enquadres e crenças que, por sua vez, possibilitaram a emergência desta forma de pensar o acesso. A entrevista, além das finalidades da pesquisa de “coleta de dados”, pôde propiciar esta negociação de sentidos (Aragaki, Lima Pereira & Nascimento, 2014) já que para responder à entrevistadora, a entrevistada revisitou suas experiências e reflexões. Neste sentido, proporcionar momentos de diálogos e reflexões acerca do acesso das pessoas LGBT, mesmo que em pesquisas como estas, parece ser um modo bastante produtivo de oportunizar mudanças. Como propõe o construcionismo social, a realidade pesquisada é construída na interação, cuja reflexividade permeia todo o processo (Aragaki, Lima, Pereira & Nascimento, 2014; Pinheiro, 2013). A discussão específica sobre formação como recurso único para práticas inclusivas está na próxima seção.

Em suma, vimos que o mito da igualdade é acionado no discurso das psicólogas de modo a encobrir o reconhecimento das diferenças relacionadas aos determinantes sociais da saúde desta população. Ao fazer isso, o mito corrobora com a inclusão parcial das demandas desta população (fica incluído apenas aquilo que a visão heteronormativa puder contemplar). Este apagamento dos determinantes sociais favorece que a diferença destacada e reconhecida por este serviço seja apenas a demarcação dessa população como mais vulnerável as DST/aids, corroborando com a perpetuação de estereótipos de efeitos segregadores. Esta demarcação serve a um discurso que favorece a heterossexualidade na medida em que, por oposição, contribui com sua descrição enquanto uma sexualidade mais segura. No discurso organizado pelo mito da igualdade, estes profissionais tem suas ações de cuidado a esta população presas no dilema: considerar todo mundo igual e não oferecer nada específico, ou oferecer ações específicas e contribuir com a estigmatização destas pessoas marcando-as como diferentes. Esta demarcação dilemática fundada no mito da igualdade impede as

⁹ *Desfamiliarização*: Termo preferido por Spink & Frezza (2013) a desconstrução, entendendo que não se de desconstrói o que fora construído, mas que passado e novo coexistem e amplia as possibilidades de repertórios e sentidos.

profissionais de considerar alternativas muito mais úteis ao cuidado desta população. Para nós a alternativa a este impasse passa por (1) reconhecer que o específico desta população está atrelado aos modos de opressão social aos quais está submetida e (2) considerar que aquilo que se promove como universal está marcado pelo privilégio de um grupo sobre outro. A partir disso poderíamos pensar de um lado, sobre como as especificidades da população LGBT são contempladas em ações oferecidas a todos, como por exemplo aquelas ofertadas dentro da saúde do homem ou da mulher. Isto nos levaria a problematizar o “homem” da “política do homem” e a “mulher” da “política da mulher”, por exemplo, mas também as ações pulverizadas que ainda se organizam a partir do pressuposto da heterossexualidade universal (triagens, consultas clínicas, exames, etc). Por outro lado, também nos permitiria reconhecer, sem o prejuízo de reforçar preconceitos e segregações, que a população LGBT tem demandas de cuidado que não cabem a outra população e que só serão atendidas por meio da oferta específica e especializada. O processo transexualizador é um exemplo disso.

10 O MITO DA FORMAÇÃO ESPECÍFICA

Por certo, o saber profissional em qualquer campo de atuação é um dos requisitos fundamentais para uma boa prática profissional. Em qualquer área de saber e de atuação, um saber que articule demandas e práticas pode ser um preditor de sucesso para ambas as partes: profissionais e clientes/usuário do serviço. No campo da saúde e da psicologia especificamente não é diferente, já que o encontro entre estes profissionais de saúde e sua população atendida ocorre quase sempre num contexto de sofrimento e de busca por auxílio para alguma demanda que requer alguma forma de preparo do profissional; preparo ganho principalmente em algum momento de sua formação, como graduação, especialização, cursos, etc. Neste sentido, a boa formação é fundamental para o preparo técnico em lidar com a diversidade de demandas que ele possivelmente encontrará na sua vida profissional.

Por outro lado, temas como orientação sexual, homossexualidades, população LGBT e sexualidade, apesar de em algum momento terem sido foco das produções das ciências “psi”, o enquadre destas temáticas quase sempre foram patologizantes. Teixeira Filho (2011) refaz este percurso histórico em que a psicologia, no afã por ocupar um status científico, contribuiu para fomentar interpretações homofóbicas com suas teorias acerca da sexualidade e dos comportamentos quando ainda bastante vinculada à ciência médica da psiquiatria.

Mesmo hoje, a psicologia ainda possui um currículo heteronormativo que não oferece aos estudantes e novos profissionais subsídios para uma prática profissional que compreenda e legitime diferentes modos de viver a sexualidade. Após a resolução 01 de 1999 do Conselho Federal de Psicologia que estabeleceu normas de atuação entrando em consonância com o entendimento internacional que afasta as homossexualidades dos diagnósticos de doenças mentais e que regularam o exercício da profissão coibindo práticas discriminatórias, a maioria dos cursos de graduação permanece não oferecendo conteúdos que coloquem em cheque o histórico entendimento anterior das sexualidades desviantes. A psicologia, como ciência, historicamente construiu saberes que legitimaram uma série de violências contra esta população e os cursos de graduação pouco oferecem para desconstruir estes saberes, já que temas como sexualidade não fazem parte obrigatória das diretrizes do Ministério da Educação – MEC, da formação de psicólogos (Brasil, 2011b).

Consideramos que uma boa formação para a prática psicológica em serviços de saúde deve incluir a discussão de conteúdos relativos a diversidade sexual, abordado nos níveis de graduação e demais cursos e capacitações oferecidas pelos serviços. A referência a ausência de formação e capacitação específica sobre conteúdos que tratam das pessoas LGBT, e a

afirmação da necessidade destas capacitações, aparece no discurso das psicólogas entrevistadas nessa pesquisa como modo de explicar a presença de preconceitos e acesso pouco qualificado. Contudo, nesta seção nos questionamos acerca do efeito que esta afirmação produz, buscando compreender o que é isso que tais profissionais entendem como formação e o modo como esperam estar capacitadas para o trabalho com a diversidade sexual. Assim, nos referimos ao “mito da formação específica” para falar do modo como as profissionais entrevistadas acionam ausência de formação ou capacitação específica, como modo discursivo de justificar a falta de ações de cuidado com relação a população LGBT. Não se trata portanto de negar a importância de uma boa formação, mas de investigar em que condições, como e para que tais profissionais afirmam uma deficiência de recursos técnico-teóricos. Nesse sentido, a “formação específica” é um mito porque a) idealiza uma formação especializada como única forma de combate ao preconceito e de construção de boas práticas de acolhimento; b) idealiza a figura do profissional na medida em que pressupõe que suas ações se dão apenas a partir do lugar de segurança garantido por uma boa formação e c) ignora a trajetória profissional, o cotidiano do serviço e as experiências do tempo presente como partes de uma formação permanente.

Definimos o Mito da Formação Específica um tipo de discurso que afirma que o preconceito e discriminação só podem ser combatidos a partir de formação específica. Este tipo de discurso é acionado como um jeito de falar das coisas que funciona para justificar a inoperância com relação ao acesso das pessoas LGBT. O mito também surge quando os profissionais fazem referência às responsabilidades de quem deveria ensinar e como o faria. Este mito também serve para discutir as consequências da falta de formação.

Deste modo, apesar de haver alguma consonância entre todos estes discursos, dividimos nossa organização em três momentos. No primeiro vamos discutir acerca das explicações e argumentos sobre os efeitos da falta de uma formação específica. No segundo momento, buscamos compreender os discursos que articulam saberes e especificidades com este mito. Por fim, no terceiro momento nosso mote será o conjunto de discursos que trazem uma noção de responsabilização pela ausência de uma boa formação.

10.1 Desmistificando a formação específica

Nestes discursos, a necessidade da formação especializada é acionada para dar conta de preconceitos e qualificar o acolhimento, bem como para mostrar como a especificidade do conhecimento técnico ajuda na necessidade altamente especializada do usuário LGBT, como veremos mais adiante. Na primeira discussão, o psicólogo *Patrik*, solicitado pela

entrevistadora, faz uma consideração sobre a pesquisa nacional de avaliação do acesso das pessoas LGBT nos serviços de saúde:

Entrevistadora: Como você avalia esse tipo de pesquisa que a gente está fazendo?

Patrik: *Ah eu acho fundamental, né. Acho que qualquer tipo de preconceito é desnecessário. A pessoa não vem procurar, pelo menos a informação que eu tenho, a pessoa chegar a não procurar um atendimento médico numa rede de saúde, porque se sente mal, não se sente bem recebida, é uma crueldade, né. Eu acho terrível. Então, qualquer trabalho que vem combater isso e transformar esses preconceitos em uma outra coisa, capacidade de acolhimento né, conseguir ver essa situação, não como sendo algo a ser praticado, acho que veio em boa hora. Finalmente ta chegando isso.*

Entrevistadora: Então tá. Você tem alguma coisa pra acrescentar?

Patrik: *Eu acho que, até, assim, como profissional seria bom ter essa experiência, atender pessoas que trazem esse tipo de situação. Porque, assim, você escuta quem vem, né, pessoas que trazem uma orientação sexual, tem uma problemática lá da ansiedade, da depressão, né. Mas não associado a um conflito de gênero. Não ta relacionado a questão do preconceito, né. Acho que seria uma coisa para o profissional estudar isso daí. Bom.*

Patrik compreende que a baixa procura pelos serviços de saúde ocorre pela baixa qualidade no acolhimento que não permite que o usuário LGBT sinta-se devidamente assistido e legitimado. *Patrik* aciona a forma de acolhimento mal realizado para reiterar sua ideia que uma boa capacitação teria o poder de promover mudanças (*qualquer trabalho que vem combater isso e transformar esses preconceitos em uma outra coisa*). No trecho seguinte, *Patrik* reforça seu argumento referindo-se à importância de o profissional de saúde ter a experiência de atender uma pessoa LGBT (*“como profissional seria bom ter essa experiência, atender pessoas que trazem esse tipo de situação”*). Aqui podemos notar alguma coerência na sua compreensão que, ao nosso ver, tem fundamento seu entendimento de que uma boa formação poderia levar a melhores práticas. Certamente, como já dissemos noutros momentos deste trabalho, também entendemos que a boa qualidade do acesso não é descolada de uma boa formação profissional. Quando diz que qualquer trabalho que venha combater o preconceito e má qualidade de atendimento ele parece fazer referência à falta de competência técnica que prejudica o acesso dessas pessoas nos serviços.

No trecho a seguir, *Pietra*, para responder o que na sua UBS favorece o acolhimento da população LGBT, aciona a falta de capacitação como o elemento faltante para um bom acolhimento.

Entrevistadora: Você acha, assim, que a unidade [...] favorece a população LGBT, no sentido assim, de acolher bem, de receber, de alguma forma tentar atender as necessidades que eles trazem, quando procuram o serviço?

Pietra: Olha ... Eu penso que nós, profissionais, a gente tinha que ser mais, assim, preparados, que tem muito, né, preconceito, a discriminação, o tabu né... Então, precisa ser feito um trabalho com os profissionais. Não que eu falo que eles, que a gente discrimina, mas assim, talvez não tá... talvez não, NÃO está preparado para acolher.

Mais adiante, em outro momento de sua entrevista, *Pietra*, demonstrando grande interesse em alguma forma de capacitação, acusa a lacuna que falta a ela e ao serviço “O quanto que a gente tá despreparado pra atender ... e aí, é até por isso que eles não procuram né. Desde as formas lá, da recepção, a forma como ele é olhado, né... tudo isso ...”.

Nestes dois momentos da entrevista, *Pietra* articula certo despreparo relacionado às demandas LGBT (embora não refira qual o conhecimento que lhe falta) com a dificuldade de realizar um bom acolhimento da população LGBT. No primeiro trecho ela sinaliza o efeito deste despreparo que seriam os preconceitos, discriminações e os tabus como resultados da falta de formação específica que, por sua vez, seriam os eixos estruturantes da falta de acolhimento adequado.

Mas é oportuno fazer duas considerações antes de avançarmos na análise do caráter mítico deste discurso. Primeiro que *Pietra*, para dizer das consequências da falta de formação acerca da sexualidade LGBT, traz como efeitos os já conhecidos preconceitos e discriminações mas acrescenta um terceiro fenômeno, o tabu. No dicionário do Aurélio, tabu tem como alguns de seus significados “Medo ou proibição de origem religiosa, social ou cultural; Assunto de que não se pode ou não se deve falar”¹⁰. Meu interesse em ressaltar o termo por ela utilizado é que ele parece acusar que uma das dificuldades do tema sexualidade LGBT é de não se conversar a respeito, nem poder falar abertamente. Aqui identifico outro aspecto deste mito que é o do tabu *versus* ciência. A psicologia, enquanto ciência, deve despir-se de preconceitos historicamente construídos e avançar na garantia de direitos, não se furtando a ampliar a discussão acerca das sexualidades (Teixeira Filho, 2011) o que exige, logicamente, que se fale à respeito. E as lacunas daquilo que não se pode conversar por ser um tabu são preenchidas com toda sorte de discursos e senso comum, donde advém os medos, compreensões reduzidas, entre outros.

A segunda consideração é que o conceito de preconceito e discriminação é reduzido à uma prática intencional e declarada de rejeição à pessoa LGBT, que implicaria num atendimento de péssima qualidade, mas *Pietra* nega esta implicação (“*Não que eu falo que eles, que a gente discrimina*”), ou seja: num primeiro momento refere que há o preconceito e discriminação nos profissionais mas, ao que parece, o preconceito é tido como algo que se faz

¹⁰ Conforme o site < <https://dicionariodoaurelio.com/tabu> >

perversamente a alguém com a intencionalidade de causar danos. Contudo, o preconceito não é algo sempre intencional nem percebido como tal, uma vez que pode facilmente ser confundido a uma prática ou valor social. O preconceito com as sexualidades que divergem da norma cis e hetero será tratado como homofobia, termo que aglutina os demais preconceitos (lesbofobia, transfobia, etc) como uma forma de sintetizar e facilitar a leitura e a escrita, mas jamais como uma forma de apagar as diferenças. A homofobia pode se exprimir cotidianamente por injúrias, insultos, agressões etc, mas também pode ser observada nos textos acadêmicos e de especialistas, em debates (Borrillo, 2010) e, porque não arriscar dizer, no cotidiano dos profissionais de saúde por meio de piadas, comentários jocosos, entre outros. Fébole (2017), em sua recente dissertação de mestrado, identificou uma série de violências invisíveis como as que ocorrem na relação entre pessoa LGBT e profissional de saúde mas que sequer constam nos manuais e normativas técnicas de atuação com a população LGBT. Dessa forma, o preconceito homofóbico pode sim ocorrer, mesmo que o profissional não tenha intenção de ferir ou insultar uma pessoa LGBT, mas por meio de seu próprio posicionamento na forma de acolher, de olhar etc, conforme vimos no segundo relato de *Pietra*.

Mas onde está o caráter mítico deste relato já que, de fato, a falta de conhecimento e preparo parece ter relação com a forma de acolher o paciente LGBT? O acionamento da ausência de alguma formação especializada foi responsabilizada realizado para esclarecer o porquê ainda existe preconceito nos serviços e, por este motivo, provavelmente as pessoas LGBT nem procuram o serviço de saúde. Nota-se, entretanto, que não há surpresa ou estranhamento por este não saber sobre as necessidades de saúde das pessoas LGBT. Há certa naturalização deste não saber que afirma a ausência da formação como um fato que, por sua vez, parece ter sido alvo da percepção dos entrevistados apenas na ocasião das entrevistas. Há também a naturalização do preconceito e discriminação como algo corriqueiro e cotidiano nos serviços e isso também, embora percebido pelos profissionais, não causa estranheza nem mobiliza-os para agenciar transformações no ambiente de serviço. Alegar a ausência de formação para esse combate é um mito precisamente quando os profissionais percebem estas situações mas referem-se a si mesmos como ignorantes acerca das necessidades de saúde desta população. Não se trata apenas de conhecimentos psicológicos sobre a sexualidades – embora isso também possa ser importante – mas o compromisso ético e político da psicologia já colocaria o profissional como corresponsável pelo acolhimento adequado desta população.

Os profissionais de psicologia têm à sua disposição a Resolução 01 de 1999 do Conselho Federal de Psicologia que já orienta práticas não discriminatórias no entendimento

da diversidade sexual como a expressão múltipla da sexualidade humana (Conselho Federal de Psicologia, 1999). Há também o código de ética da profissão de psicólogo que também lança luz para as responsabilidades e deveres do psicólogo, observando que, no seu segundo artigo, o profissional não deve:

- a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
- b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais. (Conselho Federal de Psicologia, 2005).

O discurso da falta de formação específica como justificativa de despreparo é um mito na medida em que o órgão que regulamenta a profissão disponibiliza documentos que regula a prática profissional, mesmo na ausência de formação específica.

Vamos agora discutir outro efeito do mito da boa formação, que é seu acionamento para dizer que está havendo avanços e, embora ainda tímida, a discussão já alcançou algumas mudanças que teriam melhorado o acesso e se há dificuldades, seria da própria população LGBT. Trata-se do trecho da entrevista de *Poliana*.

Entrevistadora: Você acredita que esta população LGBT tem dificuldade em acessar o serviço de saúde?

Poliana: *Então....se eles tiverem é mais por uma questão deles eu penso, porque até a questão do nome social que anda sendo discutido, a gente fez reunião aqui na unidade. A [nome de outra profissional] participou da reunião geral, foi falado para todos os funcionários, a gente teve uma reunião na secretaria, que veio uma profissional de fora falar de como a gente tem que atender, de como tem que estar aberto para todos, que apesar de ter ainda muito preconceito, porque existe, a gente não pode dizer que não existe, mas que nós enquanto profissionais de saúde temos que estar aberto, temos que estar atentos por exemplo quando vier uma travesti, vai chamar pelo nome que ela se senti melhor. Então eu acho que a equipe ela está preparada para receber. Se a pessoa não vier, eu acho que é mais por uma questão histórica até de... ou já teve uma experiência ruim, e aí não quer vir né? Ou alguém olhou torto. Mas assim penso mais nas travestis, que tem esta questão de vir...a gente já percebe que é travesti. Agora quem é gay ou lésbica e tal eu percebo assim frequentando o posto naturalmente, normalmente. Então acho que existe já uma abertura maior só se a pessoa não quiser né? Que talvez é uma coisa mais a longo prazo, e isto vai mudando né, penso euque é uma questão histórica mesmo. Hoje está discutindo mais isto, você vê que a televisão aborda mais as novelas; sempre tem uma novela que aborda a questão da homossexualidade ou mesmo da questão de ser travesti né? Do respeito que agente tem que ter pelo outro né? Então eu acho que hoje está bem melhor, porque eu estou no serviço já faz 26 anos. Então do início de quando eu comecei trabalhar para hoje, acho que hoje é bem melhor para esta clientela.*

De um modo geral, todo este trecho é construído a partir de do questionamento se as pessoas LGBT têm dificuldades de acesso no serviço de saúde. Notamos que a entrevistadora

posiciona *Poliana* para uma resposta do tipo “sim, tem dificuldades” e “não, não tem”. O posicionamento, como um fenômeno que ocorre em entrevistas, permite incluir o entrevistador como copartícipe da construção de determinada realidade, negociada durante o processo da entrevista (Aragaki, Lima, Pereira & Nascimento, 2014; Pinheiro, 2013). Este questionamento colocou a entrevistada, que é profissional de um serviço de saúde, para avaliar aquele serviço do qual faz parte com relação a sua acessibilidade. Este posicionamento requer da entrevistada que, ao avaliar o serviço, avalie a si mesma. Parece ser neste contexto que *Poliana* descreve o serviço como atualmente capacitado para acolher as pessoas LGBT e estas não o procuram talvez por experiências passadas de discriminação.

Diante disso, apontamos como um aspecto do mito envolvendo o discurso da ausência de formação específica, o relato de que as pessoas LGBT não procuram o serviço de saúde por um receio construído historicamente mas que não se sustentaria hoje, uma vez que o serviço está preparado para o devido acolhimento destas pessoas. Este relato nos levaria a questionar a que tipo de preparo *Poliana* estaria se referindo, já que pesquisas têm apontado os serviços de saúde como lugares de repetição de preconceitos, discriminações, negação de sua sexualidade e não legitimação de vida (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013; Lima, Souza & Dantas, 2016; Teixeira Filho, 2011), bem como é um dos fundamentos da Política de Saúde LGBT sua preocupação com preconceitos ocorrendo dentro dos serviços de saúde, praticados pelos profissionais (Brasil, 2013a).

Gostaria de chamar a atenção para o trecho em destaque (*veio uma profissional de fora falar de como a gente tem que atender, de como tem que estar aberto para todos, que apesar de ter ainda muito preconceito [...] mas que nós enquanto profissionais de saúde temos que estar aberto, temos que estar atentos*). Porque *Poliana* precisaria de outra pessoa para orientar a psicóloga que ela deve estar aberta e atenta ao preconceito contra as pessoas LGBT? Ao alegar a falta de formação para lidar com estas demandas, *Poliana* transformou esta formação pontual como importante para ensinar o que já devia ser, no nosso entendimento, presente no cotidiano das práticas: estar sensível aos sofrimentos diversos que uma pessoa trans ou uma lésbica apresenta ao chegar no serviço de saúde não requer capacitação técnica especialista, senão escuta e humanização no seu atendimento.

Certamente se forem questionados, os profissionais de saúde dificilmente reconhecerão suas práticas como preconceituosas porque elas ocorrem muitas vezes, de modo não deliberado e explícito. Operando dentro de um modelo heteronormativo, o profissional pode se colocar num lugar de especialista acerca da vida (e da sexualidade) das pessoas.

Vemos, portanto, como é recorrente os discursos referindo sobre a formação como algo ausente ou, como neste caso, muito pontual e limitado à necessidades específicas do serviço como neste caso, do nome social para travestis. Claro que também é necessidade da travesti ser reconhecida pelo nome que ela adotou para si mas a discussão que proponho aqui é este acionamento de uma necessidade que foi ausente na formação e em algum outro momento, mas cuja responsabilidade por saná-la não é assumida pelo próprio profissional, uma vez reconhecido

Outro aspecto do mito da formação específica presente neste trecho é a construção de uma ideia de “evolução” histórica em que ontem era pior do que é hoje, evolução que teria se dado principalmente pela ampliação dos espaços de discussão sobre as sexualidades LGBT. De fato, a sexualidade produziu e produz uma diversidade de discursos antes não alcançáveis. Contudo, esta polifonia de discursos acerca das sexualidades não operam todas para ampliar sua compreensão e reiterar a natureza diversa e autêntica da condição humana senão para recortar e reduzir a sexualidade à procriação, à felicidade conjugal de casais homens e mulheres ou, quando muito, para discorrer acerca do desenvolvimento humano. Ou seja, a sexualidade também é constantemente recriada discursivamente mas com o intuito não de ampliar as possibilidades de experiências e legitimidade, mas de coerção e vigilância constante, como uma forma de governabilidade das pessoas (Foucault, 1988). Não é a toa que vemos, ao mesmo tempo em que os direitos e a cultura LGBT ganham espaço, posições conservadoras se reerguem legitimados por outro conjunto de discursos que, infelizmente, tem ganhado força e destaque no cenário político brasileiro e do mundo.

10.2 Saberes, especificidades e o Mito da Formação Específica

Nas próximas discussões, o mote será o de perceber como até mesmo um saber - desde um saber aquilo que lhe falta ou mesmo um saber que não consegue se articular com práticas mais inclusivas – pode ser usado para explicar as dificuldades do acesso. Iniciaremos a discussão com a entrevista da psicóloga *Paulina* que, no mesmo ensejo de acusar que não conhece mas referindo algum conhecimento acerca das necessidades das pessoas LGBT, traz para sua argumentação um reconhecimento das necessidades específicas de transexuais.

Entrevistadora: Como que você avalia a forma e a qualidade dessas ações e serviços para essa população? Disso tudo que você me disse nas outras UBS e no serviço de saúde como um todo. Olhando com um olhar mais amplo, o serviço de saúde para essa população.

Paulina: Eu acho que tem que... por exemplo isso que você me falou da política né, então assim a gente não conhece a política ainda.. a gente precisa conhecer, então precisa melhorar, porque, por exemplo, esse ano a gente até teve uma palestra sobre diversidade na

saúde, então, pra questão da transexualidade, por exemplo, é uma coisa que a gente não conhece, claro, quando chega um paciente você vai buscar para ver, então os profissionais precisam saber mais sobre a política em si, como que é, as ações o planejamento né. Tem um atendimento que ele é, esse acolhimento que é pra todos, independente, mas precisamos de algumas ações que são necessidades da população, por exemplo, nessa questão da transexualidade mesmo, então, que não é um dispositivo que a gente tem aqui né, é em Curitiba, então se o paciente é daqui como que fica, as coisas ainda não estão claras.

Paulina traz aqui uma lacuna específica na sua formação, que é as questões envolvendo a transexualidade. No questionamento, a entrevistadora posicionou *Paulina* para falar da organização do serviço em prol das pessoas LGBT e para responder a isso, a profissional usa como elemento do seu argumento o recorte da transexualidade cujo cuidado requer, de fato, abordagens que envolvem também média e alta complexidade como acompanhamento hormonal e procedimentos cirúrgicos. Ao trazer a transexualidade para falar das dificuldades, *Paulina* parece precisamente justificar a dificuldade do acesso tendo como referência as pessoas transexuais, ou seja: a transexualidade parece ser usada para justificar uma dificuldade por uma peculiaridade que é apenas sua e não dos demais segmentos como gays, lésbicas e bissexuais. Dito de outro modo: o discurso usa apenas a transexualidade para explicar as dificuldades de todo segmento LGBT acesso ao serviço de saúde. Este uso discursivo das dificuldades com transexuais pode ainda trazer como efeito denotar que gays lésbicas e bissexuais não teriam problema no acesso aos serviços de saúde.

Neste discurso, *Paulina* recorre à figura da pessoa transexual para construir seu argumento sobre as ações de saúde para a população LGBT. Contudo, a narrativa constrói a pessoa trans como um “ser exótico” que produz tanto estranhamento e quebras na compreensão que justificaria assumir a falta de ação. Talvez seja mais fácil assumir isso diante da transexualidade do que diante de gays e lésbicas, que habitam a inteligibilidade do ser homem e mulher, ao contrário da pessoa trans, cuja quebre normativa da identidade de gênero é quase um “ser de outra espécie”. O que este tipo de discurso permite é justificar a falta de ações para todas as pessoas LGBT utilizando a transexualidade como elemento aglutinador de todas as demais necessidades desta população. No entanto, a armadilha deste tipo de discurso é ignorar que mesmo havendo necessidades específicas e complexas envolvendo a transexualidade, a pessoa transexual também tem outras necessidades, que também atravessa a população LGBT como um todo, para as quais esta profissional poderia sim estar capacitada. Este discurso parece criar a necessidade de um profissional muito especializado para uma pessoa com necessidades muito específicas.

O caráter mítico estaria vinculado à ideia que a formação específica acerca da transexualidade poderia ser estendida à todo segmento LGBT. Como parece não haver organização de ações e serviços voltados para esta população, o mote da carência de conhecimento acerca da necessidade das pessoas transexuais serviu como explicação da ausência de tais ações e serviços. Apesar de a transexualidade requerer compreensão específica sobre sua condição e necessidades peculiares como o tratamento hormonal, por exemplo, determinantes sociais do preconceito e discriminação também pesam sobre esta população bem como se repetem em lésbicas, gays, bissexuais e travestis, cada qual a sua maneira (Mello, Perilo, Braz & Pedrosa, 2011; Carvalho & Carara, 2013). Eleger especificidades da transexualidade e não fazer referência a estes determinantes sociais não é produtivo para a promoção do acesso e, por este motivo, um mito.

Dando prosseguimento com nossa discussão, a psicóloga *Pérola* articula alguns saberes para reiterar a insuficiência dos conhecimentos das normativas legais sobre esta população perante o acesso já que não conseguem instituir mudanças positivas. Ao ser questionada se conhecia a Política de Saúde Integral LGBT, responde afirmativamente:

Entrevistadora: Conhece? E o que você acha desse documento, não sei se você teve acesso pra avaliar. (Sobre a Política LGBT)

Pérola: Assim, eles colocam algumas diretrizes, inclusive, assim, de trabalho com a população, no sentido de diminuir o preconceito. Mas, assim, existe política, né. É muito bonito no papel. Como tudo, é muito bonito no papel, né. Só que assim, existe? Tem um trabalho com essa população? Eu não vejo. Tem outros programas, né, que estão abertos para todo mundo, programa pra homem, pra mulher. Mas existe uma forma de pensar nessa população, trazer ela realmente pro atendimento? Não existe. Se tem, eu acho que me informei mal [risos]. Óh, vamos mais longe? A Resolução do Conselho Federal de Psicologia a respeito dessa população é de 1999, não é? É mais ou menos nesse período, é mais velho. A gente têm profissionais em nossa área que trata de uma forma super preconceituosa. Você acha que essa política do governo, de 2010, ela está atuante? Se bem antes não conseguimos mudar a visão de muitos psicólogos, ainda.

Notamos como *Pérola* se revela como alguém possuidora de conhecimentos dos principais documentos normativos que orientam as práticas profissionais especificamente para a população LGBT: a Política de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013a) e a Resolução n 01 de 1999, do Conselho Federal de Psicologia (Conselho Federal de Psicologia, 1999). *Pérola* traz para a cena de discussão outras políticas que, no seu entendimento, já são atuantes no SUS, como ações voltadas para saúde do homem, saúde da mulher, etc, mas que para as pessoas LGBT ela desconhece.

Desarticular ações para saúde do homem e saúde da mulher como inclusivas para pessoas LGBT (“*Tem outros programas, né, que estão abertos para todo mundo, programa*

pra homem, pra mulher. Mas existe uma forma de pensar nessa população, trazer ela realmente pro atendimento? Não existe.”) pode ser uma armadilha neste raciocínio. Neste argumento, um homem *gay* não teria lugar numa ação voltada para a saúde do homem, que tem como escopo a prevenção do câncer de próstata, doenças crônicas como hipertensão e diabetes entre outros focos cujas finalidades são atingir a saúde da população masculina. Da mesma forma, as ações de saúde da mulher não contemplariam, neste raciocínio, mulheres lésbicas que teriam suas necessidades de saúde negligenciadas em detrimento de não serem incorporadas na definição de mulher para estas ações.

Desta forma, a pessoa LGBT tem sua sexualidade e sua vivência fora do alcance das ações em saúde que são, por sua vez, cis e heteronormativas (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013), mesmo já havendo legislação que garanta a equidade do acesso. O que parece permanecer, portanto, é que a formação específica não é a única explicação para as dificuldades no atendimento à esta população uma vez que já há outras políticas que guiam as práticas profissionais não para as especificidades da população LGBT, mas para incorporar esta população nas demais ações da UBS que também poderiam contemplar boa parte de suas necessidades.

Outrossim, normativas como a Política de Saúde LGBT e até a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 01 de 1999 parecem não ter tido efeito nas práticas profissionais. Apesar de haver legislações que visem garantir a livre expressão de afeto e de legitimidade de quaisquer formas de viver e amar, tal expressão tem seu limite oculto cerceado pela normatividade heterossexual. A despatologização tem se dado por decretos e força de lei, mas ainda não alcançou profundidade suficiente para acabar com a polemização e uma diversidade de opiniões de leigos e estudiosos da área, quase sempre carregada de emotividade (Barbero, 2011).

Outro aspecto presente na construção deste mito é a desarticulação do saber de *Pérola* com o acesso das pessoas LGBT. Como vimos, *Pérola* se mostrou como sendo alguém atualizada e conectada com os principais conhecimentos sobre esta população e ciente das normativas que regulam as práticas profissionais bem como da própria política LGBT. Mas apesar disso, refere dificuldades no acesso dessas pessoas e atribui ao preconceito em colegas profissionais bem como na falta de sistematização vinda do Ministério da Saúde, referido noutro momentos de sua entrevista e que será discutido mais adiante.

10.3 De quem é a responsabilidade?

A discussão nessa seção terá como mote a argumentação de que alguém deveria ter oferecido alguma forma de capacitação para lidar com as pessoas LGBT.

No relato a seguir, da entrevista de *Paulina*, serve para mostrar um desdobramento deste mito, que aqui se dá de modo bastante fugaz, argumentando que a formação, por si apenas, leva a melhores práticas.

Entrevistadora: Em algum momento da sua formação, além dessa palestra que você teve sobre homofobia, você teve alguma outra capacitação específica à população LGBT?

Paulina: Não. Tem leituras, as vezes, algum curso que a gente faz e surge alguma coisa, mas específico não. Acho que essa palestra da homofobia foi a primeira que eu fui.

Entrevistadora: E você acha que é uma falha do ministério da saúde?

Paulina: Ai eu não sei te dizer isso, porque como eu falei eu acho que é geral, que não pode ficar segmentando. Essa palestra foi interessante até porque foi colocado algumas coisas que a gente não para pra pensar. Mas eu não diria uma falha do ministério, os serviços em geral deveriam se reunir, discutir as situações que aparecem e daí pesquisar né?! Enfim, porque um curso específico ele se perde, por exemplo, eu tive essa palestra de homofobia e um dia antes tive sobre a saúde do homem e tiveram dois psicólogos do ministério que vieram falar sobre a saúde do homem e eu achei eles maravilhosos e abordaram a questão da homossexualidade, do feminino no homem muito bem. E o tema era a saúde do homem. Então eu acho que tem que ser inserida essas questões.

Como podemos inferir, momentos antes em sua entrevista *Paulina* faz referência a uma palestra sobre homofobia que recebeu pela secretaria de saúde. Cita também outra palestra abordando do tema “Saúde do Homem”, cujo conteúdo incluiu o feminino no homem, e homofobia, etc. Apesar de ter sido apenas uma palestra a alguns meses antes da entrevista, parece lhe ter surpreendido a abordagem da masculinidade e feminilidade (aparentemente foi isso) não como opostas, mas como coabitando os homens.

Uma potencialidade deste seu trecho é protagonizar a si mesma e o serviço local como articuladores nas discussões necessárias para o acesso das pessoas LGBT (“*os serviços em geral deveriam se reunir, discutir as situações que aparecem e daí pesquisar*”), que corrobora com o parágrafo VI do 6º artigo da Política de Saúde Integral LGBT que define como de competência das Secretarias Municipais de Saúde: incluir conteúdos relacionados à saúde LGBT da População LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores da saúde (Brasil, 2013a, p. 26).

E Política de Educação Permanente compreende que processo de formação pode ocorrer com eficácia quando as pessoas envolvidas problematizam e refletem sobre aspectos do seu cotidiano de modo a produzir transformações duradouras que reflitam na qualificação do acesso. (Brasil, 2009b). Quando os trabalhadores estranham o modo instituído de práticas de cuidado e percebem que ele ainda pode avançar e se isso se reflete em momentos de

formação é, no nosso entendimento, um modo bastante potente de produzir transformações técnicas e políticas no serviço

Neste sentido, embora recomendável, não seria impreterivelmente necessária uma formação específica sobre saúde LGBT para ofertar acesso de qualidade para estas pessoas, já que documentos como a Política de Humanização e de Atenção Básica, já endossam a prática de organizar processos de trabalho equitativamente para as situações cotidianas que surgem nos serviços.

Segundo *Paulina*, para que alguma capacitação tenha sua finalidade cumprida – de mudança nas práticas profissionais envolvendo esta população - tal movimento deveria se dar de forma contínua (“...os serviços em geral deveriam se reunir, discutir as situações que aparecem e daí pesquisar né?! Enfim, porque um curso específico ele se perde”). *Paulina* acusa a insuficiência da formação para o atendimento das pessoas LGBT se ela ocorre quando é isolada e descolada de um projeto político da gestão. Ou seja, neste trecho, *Paulina* não é atravessada pelo mito mas ela mesma o identifica no momento que afirma o caráter frouxo de “palestras” e relaciona a responsabilidade do profissional se atualizar e buscar excelência profissional e do serviço, especialmente num tema tão polêmico em que profissionais de psicologia são, com frequência, referência para discutir as sexualidades.

A psicóloga *Pilar*, por sua vez, sugere que uma capacitação específica poderia sistematizar e unificar as práticas em favor da diversidade. No trecho, entrevistadora e entrevistada dialogam sobre os desafios no acesso da população LGBT nos serviços de saúde.

Entrevistadora: Finalizando, qual você acha que seria o maior desafio para o atendimento a essa população?

Pilar: *Eu acho que implementar a política, como eu citei o tabagismo, no começo tinha muita resistência, depois foi uma coisa que, os trabalhadores da saúde estão aqui para trabalhar em prol da saúde, então eles vão trabalhar, mas precisa começar de algum lugar e esse lugar é sempre da secretaria (de saúde), da política em si, então precisa de capacitação, de sistematizar o que vai ser feito ou não né, e os profissionais eles são muito criativos, quando.. eles conseguem né, então é isso, uma questão da implantação da política.*

Este trecho da entrevista de *Pilar* tem, pelo menos, dois aspectos implicados no mito cujo impacto, se posto em prática, pode engessar o acesso das pessoas LGBT. O primeiro aspecto refere-se à responsabilidade pela capacitação que envolve a Política de Saúde LGBT. *Pilar* identifica na Secretaria Municipal a responsabilidade pela oferta da capacitação como preditora de sucesso na implementação de qualquer política enquanto que os trabalhadores, se capacitados, poderiam exercer sua finalidade de atuar em prol da saúde das pessoas. O caráter mítico deste trecho é que, ao usar a responsabilização da Secretaria de Saúde para a oferta da

capacitação específica para os trabalhadores, corre-se o risco de isenção de responsabilidade do profissional na busca por formação contínua ou, no mínimo, atualização técnica e ética para o trabalho com a população LGBT. A crença de que é a Secretaria que lhe deveria ter dado respaldo técnico – e deveria ter dado sim – serve a justificação da inoperância do acesso, a despeito de já haver outras normativas que poderiam orientar práticas mais inclusivas e acolhedoras.

O outro efeito presente neste trecho se refere a crença de que uma sistematização “daquilo que deve ser feito” poderia qualificar o acesso das pessoas LGBT nos serviços. Não que alguma organização concêntrica não deva existir, até mesmo para dialogar com os diversos pontos de atenção de uma rede de saúde, há a necessidade de alguma forma de linearidade e sintonia. A crença de que a sistematização poderia qualificar a assistência torna-se um mito já que parece estar implicada uma ideia de uniformização de práticas, mesmo que específicas para o atendimento à esta população. Sistematizar uma prática verticalmente pode enrijecer ou tornar o serviço referenciado em si mesmo e não a partir das demandas de sua população. Compreendemos que *Pilar* quis depositar na gestão o papel de fomentar a execução desta política mas este processo pode ser arriscado se a formação for transformada em protocolos técnicos, centrados no profissional e não no usuário.

De uma forma ou de outra, o que está em jogo aqui é que devido a uma formação que lhes foram ausente, cabe à gestão municipal implementar e “dizer o que deve ser feito” nos serviços mas não consideram que aprendizado pode ocorrer na prática cotidiana. A Política de Educação Permanente em Saúde propõe precisamente a inversão da lógica de aprendizado e coloca o cotidiano e as práticas profissionais como fonte de conhecimento e aprendizados, quando o trabalhador se permite problematizar e teorizar seu próprio fazer (Brasil, 2009b). Deste modo, não seria apenas uma orientação vertical, mas a discussão horizontal cujo conteúdo de discussão é a própria prática que poderia ser tomado como aprendizado.

Paulino (2016), em sua recente dissertação de mestrado também identifica discursos que agenciam a ideia de um não saber cuja responsabilidade pela oferta do ensino também é depositada na formação e gestão, vindo operacionalizar o que fazer. Segundo ele, este discurso que ele nominou de “não-saber” opera para justificar uma serie de dificuldades e insuficiência nos serviços como circunscritas a uma formação deficiente que não ensinou como abordar este tema e ainda como uma forma de “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)” (Paulino, 2016, p. 67).

Já discutido na categoria de igualdade, a consideração acerca da diversidade das pessoas é um convite para que os serviços também diversifiquem sua compreensão das necessidades pois só assim o cuidado pode ser efetivo. É nesta linha de raciocínio que Lima, Souza e Dantas (2016) afirmam que, no âmbito da saúde

é fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação necessária para o entendimento das particularidades sociais. Os indivíduos em sua diversidade expressam diferenças quanto às relações étnico-racial, de orientação sexual e identidade de gênero, entre outras questões que revelam a singularidade, o modo de constituir a individualidade em sua relação dinâmica e contraditória com a sociedade. (Lima, Dantas & Souza, 2016, p. 120).

Estes autores nos ajudam a pensar os riscos de uma compreensão estreita acerca do sofrimento e adoecimento das pessoas quando descolados do contexto onde as pessoas vivem suas vidas. Este descolamento é, infelizmente, uma prática rotineira nos equipamentos públicos que ainda não conseguem operar fora da lógica heteronormativa (Lima, Dantas & Souza, 2016). O mito não é que isso não exista, porque infelizmente existe, mas porque a despeito da Política LGBT, há outras normativas, já discutidas, que poderiam lançar luz para a diversidade das pessoas assistidas e certamente este olhar poderia provocar rupturas nos modos de cuidado que só poderiam ser respondidas se conceitos como equidade e determinantes sociais da saúde fossem objetos de discussão.

O caráter mítico deste trecho é, enfim, desvelado nos dois momentos em que *Pilar* descreve os profissionais de saúde como aqueles que estão ali para “trabalhar em prol da saúde” e como sendo muito criativos. Não estamos colocando em cheque o interesse dos profissionais psicólogos entrevistados em serem sensíveis ética e politicamente para a construção de um SUS mais equânime e justo. Entretanto, este posicionamento não parece ter sido suficiente para promover o acesso de qualidade e resolutivo das pessoas LGBT, já que depende sumariamente da gestão municipal ofertar capacitação e sistematizar práticas, condutas estas que estão distantes dos profissionais.

No trecho da entrevista a seguir, da psicóloga *Pérola*, a discussão permeia as responsabilidades de quem deveria ter ofertado alguma forma de capacitação aos trabalhadores e como o acesso fica engessado devido esta ausência de formação:

Entrevistadora: E tem algum facilitador, na UBS que você está? Tem algum trabalho específico?

Pérola: Não, não tem. Até assim, a gente sabe que existe pressupostos do Ministério da Saúde pra atendimento da população. Inclusive, assim, hoje eles falam de ações pra diminuir a discriminação, o preconceito da população em relação a eles. Eu nunca vi nenhuma ação

nesse sentido. Vou ser bem sincera com você. Nunca vi nenhuma ação na unidade nesse sentido.

Entrevistadora: E capacitação, assim, ou curso de formação para os profissionais?

Pérola: Não tem. Nunca houve. Pelo menos, nunca me chamaram, se houve, eu fiquei de fora [risos] me largaram de fora. Então, assim, tem cursos que existe e a gente não fica sabendo. Mas eu não fiquei sabendo de nenhum nesse sentido. Se teve, me deixaram de fora.

A consideração que primeira deve ser destacada deste trecho é a atribuição a pressupostos do Ministério da Saúde que provavelmente chegaria até os profissionais por meio de capacitações e/ou orientações, com vistas à diminuição do preconceito e discriminações. Dissemos antes que o uso do discurso da formação insuficiente serve como explicação para o acesso ineficaz para as pessoas LGBT. Aqui *Pérola* argumenta não apenas que lhe faltou esta formação, mas que esta ausência parece ser motivo para não discutir o preconceito e discriminação, já que seria tarefa do Ministério. O trecho “*vou ser bem sincera com você*” parece fazer referência à alguma isenção de proteger o serviço e acusar a lacuna não preenchida pela gestão municipal. E a partir daí, a carência na formação parece ter sido o mote do relato de *Pérola*, já que reiterou que não recebeu nenhuma forma capacitação para o trabalho com a população LGBT.

Nota-se que a referência à responsabilidade do ministério da saúde no fomento de ações para o combate à discriminação e preconceitos foi feita para responder ao questionamento se há alguma facilidade específica de acesso para a população LGBT naquele serviço. Ou seja, se a instância mais distante do cotidiano dos trabalhadores e das pessoas, que é o Ministério, não propuser forma de combate ao preconceito, as pessoas LGBT só encontrarão dificuldades no acesso. O mito, novamente, não é a acusação de uma ausência na formação, mas o uso feito desta ausência: se ninguém ofertou, então não há nada a ser feito.

Por certo, o Ministério da Saúde deve fomentar normativas e linhas-guias que visem aos mais diferentes fins e, dentre eles, o combate à discriminação e preconceitos nos serviços de saúde. E isso já fora posto nas duas grandes políticas que têm como elementos transversais o vínculo, acolhimento e respeito a cada pessoa que busca o serviço como a Política de Humanização (Brasil, 2003) e a Política Nacional de Atenção Básica (2011a).

Diante da discussão realizada, podemos resumir alguns aspectos recorrentes e que fazem do discurso da ausência de formação especializada para qualificar as práticas um mito. O primeiro tipo de aspecto é aquele que relaciona o desconhecimento das especificidades desta população como forma de justificar má qualidade de acesso. Contudo, o mito deste discurso é revelado na medida em que apesar de ser coerente seu apontamento do desconhecimento específico, há normativas e outras políticas que já são do conhecimento dos

trabalhadores que orientam boas práticas de acesso, com acolhimento, respeito e dignidade à pessoa atendida. Assim, mesmo havendo necessidade de conhecimentos que são específicos, as necessidades de acolhimento, respeito e legitimação já são orientadas por outras normativas.

O segundo tipo de discurso foi o que refere a necessidade de formação e capacitação para a eliminação do preconceito institucional, ainda que discursivamente presente apenas nos outros profissionais dos serviços. Este tipo de discurso é um mito pois ignora que o conhecimento também advém da prática se esta é tomada como um exercício de reflexão sobre aquilo que se faz. Não se trata apenas de aplicar e replicar teorias no exercício profissional, mas também tomá-lo como objeto de estudo e teorizar sobre aquilo que se faz. À este respeito, tomo emprestado a ideia de Grandesso (2009) que, apesar de originalmente estar se referindo à terapia familiar, é oportuno aqui ao convidar a pensar como a prática obriga (ou deveria obrigar) o profissional a teorizá-la. Diz ela que ao profissional cabe “acompanhar as mudanças paradigmáticas e evolutivas no exercício de sua prática em constante construção, decorrentes tanto do contexto teórico das tradições em vigor como do exercício da prática clínica” (Grandesso, 2009, p. 104).

Por fim, o terceiro tipo de discurso responsabiliza a gestão municipal que não capacita seus profissionais para a temática da saúde LGBT, discurso que serve para ofuscar e desconsiderar o papel de protagonismo dos profissionais que podem iniciar discussões, problematizar a dificuldade de operacionalização da Política, propor discussões coletivas sobre este tema e demandar capacitações ou ainda se articular para abrir frentes e, como referiu *Petrus*, realizar eles mesmos as discussões e buscar recursos disponíveis (textos, cartilhas, etc) para sanar as lacunas identificadas e problematizadas.

O mito da formação específica opera, portanto, para justificar responsabilidades em relação ao acesso da população LGBT e serviu para apontar as dificuldades. Mas também serviu para ofuscar sua problematização que, certamente, colocariam os profissionais como corresponsáveis pela lacuna mas também como pela mudança necessária.

Como discussão final deste capítulo, gostaríamos de trazer um trecho da entrevista de *Petrus* para sinalizar um aspecto diferente de nossa discussão. Até o momento apontamos os discursos que acionam a falta de uma formação específica que é percebida por *Petrus*, ao menos no momento da entrevista. *Petrus*, entretanto, descreve-se como alguém que busca a atualização profissional mas a temática da diversidade sexual não lhe ocorreu como possibilidade de estudos.

Entrevistadora: É, e como você avalia, né, a implantação e a institucionalização da política nacional de atenção integral à saúde da população LGBT na sua unidade e no município? Você, no caso, conhece essa política? Você acha que ela está sendo bem implantada?

Petrus: Primeiro que eu não conheço. E se eu não conheço eu posso garantir que noventa e tantos dos trabalhadores também não conhecem.

Entrevistadora: No caso aqui ou você tá dizendo de forma geral?

Petrus: No geral. Eu falo isso porque nós aqui temos, tínhamos ou temos um grupo que a gente faz algumas discussões de ponta, de ponta assim ... que a gente tenta se atualizar. Que eu tento me atualizar eu não conheço, né, no geral as pessoas não conhecem, com certeza. Eu até gostaria de saber, não sei, acho que é de 2011.... eu sei que é uma coisa recente, né, eu sei que existe de ouvir falar mas eu nunca li nada e nunca tive... mas ouvi falar nem aqui no serviço, em outros locais, em alguns momentos, na própria universidade as vezes, mas o serviço não tem noção disso, não sabe disso, com certeza.

No trecho acima *Petrus* aciona o desconhecimento acerca da Política LGBT como sendo generalizado entre os trabalhadores. Merece destaque o esforço de *Petrus* em sinalizar que, apesar de haver momentos de discussão entre os profissionais com vistas a atualização profissional, preocupa o tema da saúde LGBT e de sua Política de Saúde não haver alcançado tais discussões, estranheza construída no momento desta entrevista quando ele se deu conta desta lacuna. Por certo, discussões em grupo de profissionais são estratégicos para ampliação das possibilidades de compreensão de suas práticas, trocas de experiências e fortalecimento de uma identidade profissional. Sua finalidade é, portanto, a qualificação da atenção à saúde que possam se traduzir na integralidade e humanização do cuidado (Cardoso & Hennington, 2011).

Podemos apontar, portanto, que o não conhecimento da Política de Saúde Integral LGBT é resultado de uma formação carente não apenas na graduação, mas também, e especialmente, no âmbito da gestão municipal o que nos permite denunciar o descaso com a saúde de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais como não sendo contemplados na formulação dos planos políticos do município. Esta lacuna reforça o papel fundamental dos movimentos sociais e de pesquisas que atuam na produção da visibilidade desta população e de suas necessidades. Assim mesmo, acionar a falta de formação e conhecimento, no caso desta política, ainda entendemos como um mito, pois esta ausência surgiu para *Petrus* no momento desta entrevista, mesmo após ter lido a tese de Murilo Moscheta (2011), que trata especificamente do papel das equipes de saúde na atenção à saúde LGBT. Trabalho que, inclusive, tem como eixo de análise a Política de Saúde LGBT, referida por ele como desconhecida. No final de sua entrevista *Petrus* se contradiz sobre o conhecimento desta Política:

Petrus: as informações que tenho foi o contato com o Murilo que eu tive. Eu tive, eu li parte da tese dele, do doutorado dele, e foi assim aí que eu fui ter noção que existia uma política e

tal e algumas informações, mas se eu não tivesse tido contado com o Murilo, por exemplo, eu não saberia nada disso. E como eu falei eu to atenuado no sentido do SUS de algumas coisas que saem, das leis, né... então, mesmo assim, essa questão não chegou

Interessante notar como *Petrus* referiu a iniciativa de ler a tese de Murilo Moscheta e, no nosso entendimento, mostra-se como um papel político e ético do profissional de buscar este conhecimento. Porém, ainda assim, naquela primeira parte, ao ser questionado sobre o conhecimento desta Política, nega que a conheça. Sendo o profissional de saúde também responsável por sua formação, *Petrus* parece ter cumprido parcialmente com esta premissa, mas a temática LGBT e a Política de Saúde como constituintes de seus estudos não ter se fixado no repertório teórico do profissional apesar da leitura da tese é um efeito deste mito, já que a leitura especializada de um documento de pesquisa sobre esta população – a tese do professor Murilo – não conseguiu promover construções de sentidos úteis para sua prática.

Garcia, Batista e Santos (2016) discutem sobre a inserção desta Política no SUS, especialmente na atenção básica e nos ajuda afirmar que apenas leitura não basta, uma vez que nosso papel como profissional é “atualizar-se, rever conceitos e valores, observar mudanças culturais ao longo das gerações e modificar a maneira de pensar e agir diante da temática LGBT” (Garcia, Batista & Santos, 2016, p. 130).

10.4 Formação e a Política de Saúde LGBT

Embora compreendamos que o currículo de formação da psicologia, mesmo não contemplando o campo de estudos da diversidade sexual, possa ofertar práticas minimamente pautadas pela ética na relação com os sujeitos e coletividades (Brasil, 2011b), a Política Nacional de Saúde Integral de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013a) compreende que boas práticas profissionais relacionadas à esta população não deve ser descolada da inclusão deste tema na formação profissional. Mais ainda no campo da psicologia se faz necessária esta discussão, afinal foi uma das ciências que contribuiu para compreensões patologizantes que alimentaram, e ainda alimentam, a homofobia (Teixeira Filho, 2011). O acesso das pessoas LGBT ainda esbarra no

despreparo dos profissionais de saúde para o trato as questões específicas de saúde desses cidadãos, levando em consideração que a temática não é algo intimamente presente na formação desses profissionais entre outros fatores como visões marcadas pelo discurso do heteronormativismo e do preconceito, reproduzido rotineiramente e na qual se configura ainda como um desafio aos equipamentos de saúde e os seus profissionais, haja vista que o traço cultural é histórico e o fomento ao debate político sobre tais temas na saúde ainda não são eminentes.” (Lima, Souza & Dantas, 2016, p. 121).

Compreende como um dos eixos estratégicos do plano operativo da Política Nacional de Saúde Integral de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais, no período 2012-2015, a Educação Permanente e educação popular em saúde com foco na população LGBT, que visa cumprir seu objetivo de “incluir os temas orientação sexual e identidade de gênero nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social” (Brasil, 2013a, p. 28). O referido Eixo 3 tem como articulação ações e estratégias para garantir a inclusão de temas que envolvem a saúde LGBT nos processos de formação permanente e continuada do SUS, com foco no enfrentamento da discriminação de gênero e diversidade sexual junto com outros marcadores como raça, etnia, territórios etc.

Tal proposta parece ter como lógica o preenchimento de lacunas advindas da formação profissional que, como já vimos, ainda incipientes na abordagem destas temáticas durante a graduação. Deve-se acrescentar que o nível da Atenção Básica é composto por uma diversidade de profissionais que desdobram-se por suas categorias e conselhos profissionais e inúmeras universidades e faculdades que, no final das contas, não tem obrigatoriedade na discussão específica acerca das necessidades desta população.

Mas ainda afirmamos que, salvo exceções como o processo transexualizador e uso de hormônios, as demais necessidades de saúde tem condições de serem assistidas na Atenção Básica, nível de atenção que opera com noções de território, e vínculo, responsabilização e acolhimento (Brasil, 2011a) que tem condição e o dever de olhar como os determinantes sociais da saúde como violências, exclusão, discriminações, implicam na saúde desta população e estão presentes na baixa procura desta população pelos serviços de saúde (Albuquerque, Garcia, Alvez, Queiroz & Adami, 2013).

Para finalizar, diante do que foi discutido até aqui, podemos afirmar que este mito é o resultado da contradição do esforço em vê-los como iguais aos demais – mito da igualdade – e ao mesmo tempo dizer que precisaria ter recebido capacitação específica pois não sabem qual a demanda que eles têm. O mito presente nestes discursos é o de afirmar a necessidade de mais formação ao mesmo tempo em que reconhecem ser uma população sujeita a homofobias como violências entre outros ou seja: reconhecem sua necessidade de saúde mas afirmam precisar de formação para isso. O que parece faltar não é tanto formação especializada, mas operacionalizar alguns conhecimentos já presentes.

A discussão realizada neste mito nos convida a estender seu efeito à não problematização e estranhamento dos profissionais acerca desta lacuna do conhecimento, que parece ter surgido como existente aos profissionais no momento do diálogo destas entrevistas, quando foram acionados para falar de suas experiências com esta população. Parece que foi

neste momento quando estes profissionais da psicologia se deram conta da necessidade de formação, mesmo que o acionem para falar da necessidade de outros colegas de trabalho mas não para si. Isto nos convida a pensar que até aquele momento da entrevista, sua capacitação para o trabalho no SUS podia ser tida como suficiente para o acolhimento de todos que buscam seus atendimentos. O mito formação específica se faz, portanto, por nunca ter se questionado sobre sua população atendida em termos de suas necessidades, concebendo sua capacitação até então como suficiente mas que, quando acionadas para falar de uma população específica, também acionam a necessidade de conhecimentos específicos, agora percebidos como faltantes.

Em ambos momentos – antes da entrevista, quando não percebiam a ausência de formação e depois da entrevista, quando acionam a falta dela para justificar a má qualidade de acesso – o mito surge quando os profissionais não se dão conta das necessidades de saúde desta população e quando colocados em diálogo, acionam a necessidade de conhecimento específicos, mas não colocam em cena o papel do acolhimento e reconhecimento da necessidade de acessar serviços de saúde e de estabelecer vínculos (Cecílio, 2009; Moscheta, 2011) como elementos que podem ser supridos pelos profissionais de psicologia na Atenção Básica, mesmo sem conhecimento das especificidades desta população, já que é papel deste nível de atenção a escuta e acolhida de todas as pessoas que ali chegam (Brasil, 2011a).

11 MITO DA FIGURA CARICATURAL

Talvez eu seja o oposto de uma travesti que envelheceu. Eu sou uma velha que entrevicou. (Laerte Coutinho.)

Nesta próxima seção empreenderemos discussão dos discursos que acionam descrições estereotipadas a respeito das pessoas LGBT. Tais descrições acionam caricaturas acerca da forma de se apresentar e do comportamento para descrever essas pessoas. Da mesma forma, podemos ver como esta estampa caricaturada recorta a diversidade LGBT de tal modo que, aquilo que não aparece de modo claro e estampado, não é visto e surge nos relatos relacionados a ausência desta população nos serviços de saúde. O mito da figura caricatural também é apresentado por alguns discursos que dizem reconhecer facilmente as pessoas LGBT por alguns estereótipos seletivamente percebidos, desde imagens caricaturais de uma pessoa trans, ou de associar ao adulto com prática sexual a verdadeira e correta experiência de ser gay, negando tal experiência no adolescente.

Vamos perfazer a discussão deste mito, portanto, em três momentos. No primeiro vamos analisar como os profissionais descreveram as pessoas LGBT, com quais elementos e efeitos. Em seguida, discutimos sobre alguns silêncios nestas descrições, experiências de orientação sexual e identidade de gênero que não apareceram nos relatos sendo, portanto, uma subseção que não dispõe de trechos de entrevistas para exemplificar, uma vez que se trata do que ficou silenciado. Por fim, apresentamos dois últimos relatos que mostram algumas reflexões singulares dos profissionais psicólogos que, a partir de um mito de um LGBT padrão, podem oportunizar mudanças de posicionamentos úteis para o acesso de qualidade.

11.1 Descrições, estereótipos e normas: a diversidade estreitada

Vamos iniciar nossa discussão com o trecho da entrevista de *Petrus*, para quem o estereótipo serviria para a fácil identificação de algum LGBT no serviço.

Entrevistadora: E na sua opinião, é, sobre qual as condições da saúde da população LGBT?

Petrus: Pois é, eu não tenho ideia sobre isso. Porque toda política nacional, e que norteia nossa política, ela não se ouve falar nessa população, né. Então nós temos algum grupo que estão em evidência, né, e incluirão mais grupos como índios, negros que antigamente era mais por idade, criança, mulher, agora o homem, né. Então, alguns grupos foram incluídos recentemente como política pública, e essa população eu não tenho ideia, é quase como se ela não existisse.

Entrevistadora: Uhum, você acha que ela tá meio invisível ainda?

Petrus: Acho que é bastante invisível, inclusive é assim, não é comum a gente vê pessoas na comunidade, pelo menos com estereótipo. Se vê as vezes, mas não é comum, né. Por acaso, eu acho que ontem eu vi alguém, não sei qual serviço ela veio buscar, mas não é comum a gente ver, né. Inclusive nos meus atendimentos eu já atendi algumas pessoas mas não muitas, mas é, não é muito comum.

Notamos que *Petrus*, logo no início de sua fala, faz uma referência a alguma Política Nacional que não parece ser a Política de Saúde LGBT, mas provavelmente à Política do SUS (Lei. N. 8.080) como um todo (“*Porque toda política nacional, e que norteia nossa política, ela não se ouve falar nessa população, né*”), já que a política à que ele se referiu não diz respeito à população LGBT. Em seguida, *Petrus* fala das populações que, no seu entendimento, tem sido foco das políticas de saúde como a população indígena, idosos, mulheres e, mais recentemente, os homens. *Petrus* parece fazer referência ao conhecimento dos principais públicos alvos das políticas públicas para enfatizar como a população LGBT é (ou está) invisível à ele. Contudo, é a invisibilidade constatada por *Petrus* que parece ser central no seu discurso, construindo um sentido sobre esta população como inexistente ou que não acessa o serviço, pelo menos o serviço de psicologia. O crivo de identificação afirmado por *Petrus* é o que ele chama de estereótipo (*não é comum a gente vê pessoas na comunidade, pelo menos com estereótipo*). A entrevistadora não aprofunda alguns questionamentos que poderiam ser úteis para compreendermos como *Petrus* identifica estas pessoas. No trecho “*Por acaso, eu acho que ontem eu vi alguém, não sei qual serviço ela veio buscar, mas não é comum a gente ver*” parece ser uma cena que ele presenciou mas que não fora atendida por ele. Caberia, então, um questionamento sobre quais características ele havia identificado que lhe sugeriu a sexualidade desta pessoa. Qual estereótipo teria sido seu crivo para enquadrar esta pessoa anônima na população LGBT? Não sabemos mas inferirimo que é a expectativa estereotípica acerca das expressões de gênero que funciona como uma espécie de “chave de compreensão”,

No decorrer da entrevista, logo após ao trecho recortado acima, *Petrus* reitera sua surpresa sobre ausência destas pessoas: “*...essa população realmente, eu não lembro de participar, é como se ela não existisse, é impressionante isso. É como se aqui em Maringá só existisse... Eu tendo ter ideia, assim, um percentual, como que funciona isso, pra... mas não não tem acesso, não tem essa demanda*”.

O que parece estar presente nesta construção é que um padrão de expressão é sempre nítido numa pessoa LGBT que poderia ser reconhecido sem mesmo a própria pessoa o dizer. Um homem gay seria, nesta perspectiva, afeminado ao passo que uma lésbica deve ter

expressão masculina tal que seria denunciado sem as pessoas o dizerem. O quadro de referência que conduz à este entendimento é a heteronormatividade que, ao impor a conexão dita “natural” entre sexo-gênero-sexualidade, também diz como deve ser expressada esta sexualidade a partir do seu gênero. Quando *Petrus* diz que não encontra muitas pessoas como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais com um estereótipo que o defina, ele está acionando um jeito muito particular de ser LGBT que parece ter sido construído midiaticamente cuja performance parece exigir “exagero” e “caricatura”, produzindo e reproduzindo tais estereótipos de uma pessoa LGBT, (Prado & Machado, 2008, p. 14). Tal expressão talvez não se aplica à população travesti que, por trazer no corpo, moldado por uso de hormônios e silicones, sua recusa às normas de gênero, (Rasera, Teixeira & Rocha, 2014, p. 291) o crivo de identificação seja justamente ao estereótipo marcado por uma caricatura que a torne visível a partir destas características.

Mas não podemos deixar também de referir ao esforço de *Petrus* em reconhecer que é o estereótipo seu modo de identificação acionado para tornar visível para ele estas pessoas. *Petrus* parece pressupor que sua invisibilidade é precisamente por não apresentarem a expectativa da expressão caricaturada.

Em todo caso, o mito denuncia-se na tentativa de *Petrus* de discernir a presença de pessoas LGBT por um estereótipo que seja visível e vinculado aos padrões heteronormativos: se um homem, que deveria se expressar de modo mais masculino, é gay, logo sua expressão não necessariamente deve seguir esta lógica e uma lésbica, cujo gênero é feminino mas sua orientação sexual diverge da normativa para as mulheres, a expressão masculina faça mais inteligível e, portanto, identificável.

Apesar de a psicóloga Pérola ter uma compreensão relativamente afinada sobre demandas de saúde mental da população LGBT e articular este saber como determinantes sociais sobre sua saúde, como vimos no mito da formação específica, a invisibilidade pode se dar de outro modo, como uma percepção difusa e generalizada que não especifica a relação com as pessoas LGBT no serviço, como neste trecho:

Entrevistadora: qual era a demanda que eles mais trazem?

Pérola: *Na verdade, assim, eu acho que o maior problema, o preconceito, ele é um problema do outro, né, então não vê. Então como não dá pra vê, às vezes causa algum tipo de ansiedade neles, às vezes é uma maneira que assim, é lógico, o preconceito adoce, tá. Às vezes eles trazem conflitos e dificuldades das famílias, de entender, de aceitar, né. Mas normalmente eles procuram pra tratar de coisas que todas as outras pessoas também procuram, que é transtorno de depressão, de ansiedade, de pânico, né. Que muitas vezes não está nem referenciado a essas condições. [...] é mais fácil pra eles buscarem o atendimento psicológico, até por conta de que, assim, a gente recebe a população “LGTB” há muito tempo. Então eu vejo um fluxo normal, não vejo diferença.*

Notamos que *Pérola* tem uma compreensão específica sobre o sofrimento e adoecimento desta população, embora ela busque articular parte deste sofrimento com o da “população em geral” ou que tais sofrimentos nem sempre seriam o resultado dos determinantes do preconceito. Notamos que os mitos da igualdade e da figura caricatural se articulam neste trecho. Ainda assim *Pérola* reconhece o peso deste marcador social cuja diferença é, muitas vezes, causa de uma variedade de sofrimento e violências (Toledo & Pinafi, 2012, Brasil, 2013a).

Nosso interesse em inserir este pequeno trecho do corpo da entrevista de *Pérola* é sinalizar que este relato de sempre ter atendido lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais parece ser desconexo com o restante de sua entrevista. Na discussão do mito da igualdade, *Pérola* nos disse como a demanda das pessoas LGBT “não são nem grandes nem pequenas”, uma vez que o fluxo geral de atendimento da UBS contemplaria suas demandas. O que é curioso é que, se fosse apenas uma fala e não tivéssemos acesso a toda sua entrevista, iríamos imaginar que *Pérola* teria trazido relatos e experiências envolvendo atendimentos e demais cuidados em saúde envolvendo essa população, mas isso não aconteceu.

O mito que podemos discutir a partir deste trecho é que apesar de *Pérola* mencionar que esta população está presente na Unidade há muito tempo, no conjunto de sua entrevista ela não refere nenhuma situação de atendimento que pudesse ilustrar ou sustentar qualquer argumento seu, seja para referir dificuldades ou mesmo exemplos de atendimentos exitosos. As interrogações que fazemos a partir disso é: como ela reconhece essas pessoas para afirma que elas estão na sua UBS? Nossa hipótese é que ela as reconhece por meio de seus estereótipos ao ver usuários e usuárias pela UBS aguardando atendimento. E aqui estamos dentro de um limite analítico pois realmente não sabemos se *Pérola* tem experiências com pessoas LGBT no seu trabalho. Nossa inferência é que não tenha sido tanto porque, se tratando de uma pesquisa cujo foco é investigar como é o acesso dessas pessoas nos serviços de saúde, certamente teria trazido lembranças e experiências que ilustrasse sua narrativa.

Em relação ao estereótipo acerca de travesti, a psicóloga *Paulina* também busca nesta construção enquadrar uma travesti que, no seu entendimento, seria o atendimento mais atípico que teve experiência. Na entrevista, *Paulina* vinha construindo o argumento de que as ações são as mesmas para todas as pessoas, não havendo nada específico para esta população. Em seguida é interpelada pela entrevistadora se ela não identifica necessidade de um olhar mais específico para esta população e *Paulina* reitera que nunca percebeu uma necessidade, salvo uma situação anos atrás envolvendo uma travesti que acessava a Unidade de Saúde.

Entrevistadora: E tem a aceitação dos outros usuários? Não tem o preconceito?

Paulina: *É, então, eu nunca percebi aqui nada... na única vez que eu percebi acho que foi um travesti que vinha buscar um preservativo que o pessoal ria um pouco, mas foi a única situação que eu lembre, e já faz bastante tempo, não sei nem a época, porque já fazem 19 anos que estou aqui, então pode ter sido há muito tempo isso, mas deve fazer mais de 8, 9 anos disso. Era um travesti que vinha buscar e o pessoal meio que dava risada, porque ele vinha de mini-saia com a perna sem depilar. Mas assim, nunca percebi nada.*

Entrevistadora: E você percebia que ele se sentia constrangido?

Paulina: *Não, não, pelo contrário, fazia questão de chamar um pouco de atenção, gostava disso. Inclusive ele ria com a gente, com a menina da farmácia, falava alto, brincava, então ele não tinha esse constrangimento. Não sei se também era uma defesa para o sofrimento, mas enfim. Eu acho que foi o único caso que eu vi mais atípico assim.*

Paulina, compreende que não há necessidade de um olhar mais específico voltado para a população LGBT uma vez que a única situação mais “atípica” fora uma travesti que lhe chamou a atenção (e a memória) seu comportamento acentuadamente feminino mas cuja estética, no seu entendimento, não acompanhava sua feminilidade. Curioso é que *Paulina* busca nesta memória o sentido da exceção à regra. Porquê? Porque a travesti é a única situação que fez *Paulina* pensar sobre algo mais específico direcionado à ela?

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (Brasil, 2013a), as travestis têm necessidades que lhes são específicas, como o uso de hormônios muitas vezes de forma indiscriminada e com sérios riscos à sua saúde, abuso de drogas e medicamentos, bem como riscos de violências, muitas vezes por não aceitação social, tendo a prostituição como não apenas única fonte de renda, mas um pertencimento social. Por isso, para se pensar um cuidado em saúde para esta população, temos que, ao olhar a o processo saúde–doença das travestis, incorporar “elementos próprios desses sujeitos, como as modificações corporais, a vida em coletividade e a influência das religiões afro-brasileiras em sua saúde, proteção e bem-estar” (Souza, Signorelli, Covielli & Pereira, 2014, p. 2284).

Diante de todas estas necessidades, *Paulina*, levada pelo mito de uma figura caricaturada de um LGBT padrão, acionou apenas a quebra das normativas de gênero (Rasera, Teixeira & Rocha, 2014) como sustentáculo para a possibilidade de algo mais específico. O mito é que *Paulina* não se deu conta que a diferença que a travesti lhe mostrou escondia um corpo com diversas necessidades que, certamente, não tinha a ver com seu padrão estético, salvo se acionarmos a intersecção com classe social e poder pensar que o autocuidado desta travesti pode estar afetado pelas condições que estão disponíveis à ela.

No trecho “*fazia questão de chamar um pouco de atenção, gostava disso*” nos convida a imaginar que a profissional compreende que a travesti lida com o sofrimento através de atitudes de “chamar a atenção”, como brincadeiras e propositalmente se expor. Enquadrar como num mecanismo de defesa parece ser uma tentativa de compreensão a partir de um

enquadre psicológico. Este é outro mito que atravessa este trecho: a redução da compreensão do enfrentamento da travesti contra as adversidades às atitudes expansivas e de “chamar a atenção” como algo que ela goste e faça questão desta exposição.

Não podemos deixar de problematizar mais ainda esta construção: não é apenas o porquê, mas para quê chama a atenção? Com qual finalidade? Chama a atenção de quem? Trazer para o campo psicológico esconde que é a atenção da psicóloga que foi chamada a atenção, e não foi a toa. A normatividade é criada por uma expectativa de como as pessoas devem se apresentar em determinados contextos que, ao ser quebrada, busca reenquadrar em alguma outra norma, neste caso: chamar a atenção. Desta forma, ampliando o que dissemos antes sobre os mecanismos de defesa como sentido para esta atitude de chamar a atenção, poderíamos também apontar que é o mecanismo de defesa da psicóloga que foi acionado teve sua norma questionada ao se deparar com o ininteligível e precisar encontrar um sentido legítimo para a compreensão da travesti. Ao fazer isso, também coloca a travesti num lugar de pena e compadecimento mas não consegue avançar e compreender que o lugar de travesti também é de resistência e de demandar questionamentos que nos lançam para novos horizontes, antes não pensados que conduz ao questionamento das teorias psicossociais existentes (Peres, 2008).

Não pode escapar a esta discussão uma forma bastante corriqueira mas também violenta de tratar as travestis que é recriada constantemente. É o tratamento no masculino, no qual também coparticipa a entrevistadora desta construção. O mito desvela-se aqui ao mostrar o entendimento equivocado e possivelmente reduzido ao pênis descolado de toda construção identitária que as travestis constroem para si. Segundo Muller e Knauth

A identidade travesti se constrói paralelamente com um conjunto de transformações que incluem a adoção de um nome feminino, a transformação do corpo a partir do uso de hormônios femininos e silicone, a utilização de uma linguagem própria (o bate-bate), a mudança das atitudes masculinizadas e a frequência a locais específicos. As travestis realizam, dessa forma, um grande investimento que não é apenas econômico, mas é também emocional e social (Muller & Knauth, 2008, p. 4).

Falamos como a identidade é algo que a pessoa constrói para si mesma e, numa eventual dúvida, temos que perguntar como a pessoa gostaria de ser tratada: nome, pronome, etc. No trecho a seguir, da psicóloga *Pilar*, vamos discutir como ela tenta dar sentido a uma pessoa que não é enquadrada sob nenhuma perspectiva de gênero:

Entrevistadora: Qual a demanda aqui, que trouxe essas pessoas pra Unidade?

Pietra: É, então, me chamou muito a atenção é... que no caso, essa pessoa ela veio procurar, então ela veio com um nome de .. nasc..... que foi registrada né, como masculino mas você vê

que agora ela, a pessoa ela se identifica mais com o sexo feminino. Então, quando ela ... ela tava na lista de espera, eu entrei em contato né, e eu percebi, assim, logo que eu fui atender, o constrangimento, a pessoa tava bem constrangida de estar aqui na unidade

Entrevistadora: Ela não se identificou enquanto com nenhum nome social?

Pietra: *Não! ... Ela tá ainda nesse processo ... ela fala que tem o apoio da família agora, mas que a família não aceitava, assim, principalmente o pai, foi bem difícil... Ela tem dois irmãos e os irmãos agora também, né assim, dando apoio. Mas ela também você (percebe) que ela ainda não assumiu também pra ela, ela ainda tem ... tá com dificuldade ainda desse processo de assumir realmente né ... que ela se sente mais identificada com o sexo feminino ...(??) você vê que ela ainda tá nesse*

Entrevistadora: Mas quando ela veio aqui ela veio vestida de mulher mesmo?

Pietra: *(meio indecisa) É ... uns trajes neutros ... assim, que você ... é*

Entrevistadora: ... não é travestido?

Pietra: *Não. Só que aí na hora de se expressar é que a gente percebe...*

No trecho acima *Pietra* e entrevistadora dialogam e constroem juntas um sentido acerca de uma pessoa que parece quebrar as normas de gênero mas que também não lhes parece clara sua identidade de gênero. Apesar de *Pietra* a tratar no feminino, parece o fazer respeitosamente, pois é muito mais sua expressão, e não como se veste, que parece ser o fator mais preponderante para esta construção. Não podemos deixar escapar também que a entrevistadora coparticipa deste jogo e posiciona *Pietra* para responder à pergunta se esta pessoa apareceu “vestida de mulher” ou “travestido” (no masculino). A indefinição aos olhos de *Pietra* acerca da identidade de gênero desta pessoa também parece ser mote para apontar uma incompletude neste processo de construção (ou não) de uma nova identidade. Ou seja, apesar de sua característica acentuadamente feminina, *Pietra* ainda crê que esta pessoa não se definiu como uma pessoa mulher trans ou uma travesti pois não se veste como elas.

Não é nosso propósito afirmar ou refutar a identidade trans desta pessoa, mas compreender o que *Pietra* elencou como figura para construir seu sentido sobre esta pessoa. Apesar de uma característica marcadamente feminina, *Pietra* ainda compreende que a indefinição desta pessoa estaria provavelmente no seu estilo de roupas (trajes neutros) em contraponto a uma expressão de gênero que seria feminina. O rompimento com uma lógica binária de gênero parece ter posto por terra a inteligibilidade necessária para *Pietra* conseguir colocar em alguma “caixa” esta pessoa: é um homem gay? Uma mulher trans?

A quebra da heteronormatividade, ocasionada por uma expressão aparentemente distinta de seu gênero levou *Pietra* a experimentar uma confusão. Guacira Louro, tem contribuições importantes para a discussão da sexualidade e da expressão não binária. Segundo ela, não se trata de buscar aceitação da diferença, mas essencialmente desconstruir o porquê algumas pessoas são consideradas diferentes em detrimento de outras. (Louro, 2004).

O mito é, portanto, sua crença que ela deveria ser clara na sua identificação com algum gênero. Uma crença não dita claramente, mas expressa sua dificuldade em enquadrar essa pessoa. Ter uma expressão de gênero feminina não acompanhada de total adequação na forma de se vestir, por exemplo, parece não estar dentro do enquadre conhecido de *Pietra* do que seria um homem gay ou uma mulher trans.

O psicólogo *Patrik*, de um modo bem efêmero, também apresenta uma compreensão aglutinada acerca de gays e transexuais, ao referir uma palestra que teria posto ambos, gays e transexuais, como pessoas de direito ao nome social. Num pequeno trecho, *Patrik* fala de uma palestra que teria participado, tratando sobre nome social “*uma lei que, os gays, os travestis, eles têm direito de ter um nome social no documento*”. O efeito deste mito para *Patrik* é sua tentativa de aglutinar gays e pessoas trans num mesmo sentido, além de também fazer a colocação pronominal no masculino, enquadrando sua visão da travesti.

Dando prosseguimento na discussão do mito da figura caricatural, retomamos a entrevista da psicóloga *Paulina* que pode nos ajudar a compreender outros desdobramentos deste mito. Momentos antes do seu outro trecho que citamos a pouco, temos a seguinte fala:

Entrevistadora: Você atende mais qual segmento da população LGBT?

Paulina: *Então, aqui na Unidade, nesse momento por exemplo, eu tenho um paciente adulto, na verdade terceira idade já. Mas não é uma regra não, tem adolescentes. Eu atendi um adolescente de 12, 13 anos que na verdade tive que dar mais orientações pela idade, enfim, porque independente da opção, 12, 13 anos não pode né?! Não está dentro do relacionamento sexual em geral, independente da opção. Mas, já atendi de 12, 13 anos com opção clara de falar e ter relacionamentos inclusive com essa idade. Mas não tem regra não. Todos as idades. Esse posto tem uma característica de atender mais pessoas adultas, por causa do bairro. Então eu diria que eu atendo mais adultos.*

No trecho acima, *Paulina* discorre sobre a história de um adolescente atendido por ela mas seu argumento segue em outra direção para fazer uma ressalva: a necessidade da profissional em afirmar que o adolescente não tem (nem pode ter) prática sexual. Sua resposta assiste a necessidade de afirmar adolescente como um ser não sexual e a coloca como eticamente responsável pela orientação ao adolescente.

O desdobramento deste mito é a compreensão que a orientação sexual é reduzida à prática sexual (Lionço & Diniz, 2009) que, no caso deste adolescente de 12 ou 13 anos, sequer é cogitada. A redução da homossexualidade ao caráter apenas das práticas sexuais, desconsiderando a construção identitária e a afetividade presente para além do sexo é um mito caricatural e ainda, como já dito noutra momento deste trabalho, expõe a intimidade destas pessoas de modo violento e reduzido (Zanardo & Andrade, 2013). É claro que a psicóloga busca ter um cuidado ético em não afirmar que adolescente de 12 anos já podem ter relações

sexuais. Contudo, é a sua compreensão de um homossexual padrão – adulto, com práticas sexuais - o mito que orienta sua conduta.

A psicóloga *Pilar* também se refere à adolescência para construir um entendimento sobre como se daria o desenvolvimento de uma orientação sexual.

Entrevistadora: E qual a sua opinião sobre as condições de saúde da população LGBT?

Pilar: [...] dos atendimentos que eu tenho, das pessoas que tem me procurado, tem chegado até mim, que eu percebo é isso, são pessoas que acabam se colocando muito em riscos né, é... risco no sentido assim, às vezes um adolescente ele tá em conflito ali, porque se percebe nessa questão da homossexualidade, por exemplo, daí ele acha que ele tem que ir lá e transar com uma menina e com um menino pra saber o que ele gosta né, então e aí acaba se colocando em risco porque não se utiliza de métodos que preservem e tal né. Então é esse tipo de situação que eu vejo né, de tipo assim, querer conhecer, o adolescente vai e quer conhecer, sei lá, uma boate ou alguma coisa assim e como não é um assunto que ele pode, não é que não pode, não consegue né, ainda se tem muito preconceito, então não é debatido, então ele vai lá e não fala com pai e com a mãe, vai lá e vai. É nesse sentido que eu vejo o risco, a coisa não fica aberta, não fica conversada, então acaba se colocando em situações que podem né...

Assim como *Paulina*, *Pilar* reduz a descoberta da orientação sexual à experimentação de práticas sexuais com ambos os gêneros bem como a experiência de estar em locais de agrupamentos sociais como boates. O que nos pareceu agenciar este sentido para *Pilar* é a noção de risco de DST que, no campo da saúde, já é bastante discutido. O risco seria a descoberta sexual do adolescente que passaria por uma fase de experimentação a fim de “saber do que mais gosta” e ao fazer isso, coloca-se em risco. O mito que atravessa este trecho é um discurso indireto, colocando a sexualidade como uma escolha feita após ter experiências com ambos os gêneros e “optar” por aquele que mais gosta. O mito tem também como efeito o estreitamento de sua compreensão sobre a orientação sexual como uma escolha, e não considerar que uma eventual prática sexual com parceiros do outro gênero não se trata de experimentar, mas fruto de uma pressão social para a heterossexualidade.

Em ambas as situações, o atravessador é uma tentativa de negar a sexualidade do (ou no) adolescente, mas não qualquer sexualidade: a sexualidade de orientação homossexual, recusada não apenas como vinda do desenvolvimento natural mas também recusada como possível de ser experimentada na adolescência. A orientação sexual homossexual no adolescente não só pode ocorrer como também pode ser fonte de sofrimento e angústia, numa fase de vida em que tais descobertas têm um profundo impacto na forma como o adolescente se percebe e no medo de sofrer rechaças da família, escola, amigos, etc, podendo levar o adolescente omitir por muito tempo sua sexualidade. O segredo em relação à esta vivência tão própria mas tão refutada socialmente tem consequências para sua saúde: “não se pode saber ou ter informações sobre aquilo que não pode ser dito” (Lionço & Diniz, 2009).

Quando *Pilar* busca compreender que o desenvolvimento da sexualidade passa pela experimentação sexual de ambos os gêneros ela não legitima a sexualidade homossexual como natural mas apenas como resultado de “provar os dois lados” e então fazer sua escolha. Tal explicação não é acionada quando um adolescente segue um curso dito “normal” e tem orientação heterossexual já que é a natural e não necessita de explicações. É a orientação homossexual a que leva a busca de explicações, compreensões e justificativas como forma de alcançar alguma inteligibilidade acerca desta sexualidade.

Foucault pode nos ajudar a compreender a gênese deste tipo de discurso, quando situa o nascimento da sexualidade como um dispositivo que opera para a regulação social. Ao nascer, o dispositivo da sexualidade também cria seus desvios que devem, então, ser policiados, reprimidos e investigados (Foucault, 1988). Dessa forma, o surgimento da sexualidade também faz aparecer uma “nova espécie” de sujeito que deve ser compreendido e explicado: o homossexual.

Outro fator que pode estar implicado na construção desta figura hipotética do adolescente é que, ao fazer a construção da sexualidade genital e de “experimentar” ambos os gêneros, coloca o serviço e a profissional psicóloga como responsável pela “educação” higienista ao adolescente, prevenindo-o das DST, lugar este que o serviço de saúde já ocupa com considerável conforto. Desta forma, a psicóloga pode se descrever como alguém que identifica uma necessidade de saúde e oferta o cuidado necessário a esta necessidade identificada, apagando necessidades mais complexas como a vivência da sexualidade fora da norma social e os riscos de homofobias.

Diante do que foi discutido até o presente momento, a figura estereotípica da pessoa LGBT é reduzida e exposta de modo violento e caricaturado, em favor de alguns silêncios discutidos a seguir. Por hora, nosso enfoque aponta a percepção de estereótipos, modos de linguagem e de expressão socialmente esperados para esta população, o que torna sua visibilidade nos serviços a partir destes crivos.

Vimos tanto neste capítulo quanto nos trechos em outros capítulos, que as descrições das travestis ainda são produzidas pronominalmente no masculino. A entrevista de *Pietra* nos ajuda a pensar como se dá esta construção discursiva, em que as expressões de gênero e jeito de falar e se expressar ditam os enquadramentos (Lau, 2017). *Paulina*, por sua vez, revela o caráter mítico ao fazer a descrição de uma travesti como ancorada numa infelicidade, descrito por Muñoz em Almeida (2011) que reduz estas pessoas à aparência ridícula e solitária. Quando *Paulina* a descreveu como quem gosta de chamar a atenção, provavelmente buscou nesta compreensão caricaturada de infelicidade a justificativa para o chamar a atenção. A

aglutinação entre *gays* e pessoas trans, como descritas por *Patrik*, mostra a compreensão de uma travesti ou uma mulher trans como sendo a experiência maior de ser *gay*, já que a expressão afeminada também é posta como certa num homossexual (Muñoz citado por Almeida, 2011).

Por fim, a estereotipia é recriada também pela compreensão da orientação sexual como sendo reduzidas a práticas sexuais e, por este motivo, não pode ser tomada como possível em adolescente de 12 ou 13 anos. A relação de orientação sexual e adolescência é percebida e justificada como sendo uma fase de escolhas a partir de experiências com ambos os gêneros. Em qualquer um dos casos, a construção deste sentido coloca os profissionais como especialistas no cuidado ao situar a narrativa hora no terreno das DST, ora na compreensão a partir de um referencial psicológico e mental.

11.2 Sobre alguns silêncios

O mito da figura caricatural, por fim, constrói a imagem de um LGBT que inclui *gays*, travestis e mulheres transexuais, mas exclui outras pessoas que compõem esta diversidade, tais como, bissexuais e homens trans que foram discursivamente apagados. Ainda que *Pilar* tenha citado as mulheres lésbicas para construir seu argumento acerca da constituição familiar, cujo relato veremos no final deste capítulo, os demais relatos fizeram a referência às lésbicas de modo bastante efêmero noutros momentos para dizer outras coisas. A população bissexual e de homens transexuais, contudo, é discursivamente ausente.

A bissexualidade pode ser apagada por diferentes táticas que, segundo Lewis (2012) serve à manutenção da fronteira hetero-homossexual. Segundo este autor, a bissexualidade é apagada a partir de três principais modos: “a) a negação total da existência da bissexualidade, b) a noção de que a bissexualidade é só uma fase e c) a insistência em classificar as pessoas ou como heterossexuais ou como homossexuais”. O que aparece é uma hipocrisia que se escancara não apenas ao conseguir aceitar automaticamente pessoas heterossexuais sem questionar suas experiências mas que, na bissexualidade, as pessoas têm que citar suas experiências com homens e mulheres para justificar sua orientação bissexual (Lewis, 2012).

A bissexualidade pode apagar os limites entre homo e hetero e, ao fazê-lo, pode por em cheque a homossexualidade como categoria identitária que está lutando para se fortalecer. Segundo este autor, “As performances identitárias bissexuais são vistas como ameaças à identidade coletiva homossexual que tem sido e está sendo tão difícil de legitimar na opinião pública; portanto, a bissexualidade é negada” (Lewis, 2012). Nesta mesma linha de raciocínio

e na tentativa de estender seu efeito, entendemos aqui que o apagamento da bissexualidade também pode se dar pelo receio de um borramento da fronteira com a heterossexualidade que pode ter seu lugar de referência, natural e ideal para as sexualidades, diminuído e ameaçado, colocando em cheque a hierarquia sexual (Prado & Machado, 2008).

Outra categoria que não foi sequer mencionada em nenhum momento das entrevistas dos profissionais psicólogos é a de homens transexuais. Enquanto que mulheres trans e travestis, apesar de terem suas visibilidades aglutinadas e atravessadas por estereótipos, a transexualidade em homens (trans) foi invisível em todos os momentos das entrevistas. Esta invisibilidade tem reflexos na escassez de pesquisas que, por sua vez, reflete a quase que totalidade dos estudos com este mote direcionados para a população de mulher trans ou de travesti. Da mesma forma, a invisibilidade de homens transexuais pode estar associada à vinculação com a lésbica de expressão masculina (Almeida, 2012; Ávila & Rossi, 2010).

Outro silêncio decorrente deste mito refere-se à fronteira desconhecida entre mulher trans e travesti, já que os relatos utilizaram o repertório de “travesti” ou de indefinição, mas não o de transexual ou de mulher trans. Na discussão anterior sobre o “mito da formação específica” a psicóloga *Paulina* acionou o termo transexualidade espontaneamente, mas para se referir mais à uma condição que o SUS ainda carece de assistência, mas cuja descrição é descolada das pessoas que o vivenciam. Não se referiu a uma mulher trans (nem homem trans) mas sim à condição “nosológica” da transexualidade. O mito, portanto, é sempre associar a quebra normativa de gênero de pessoas que foram designadas como do sexo masculino no nascimento e se identificam com uma expressão do gênero feminino, cuja inteligibilidade se daria apenas na descrição de travestis e não de mulher trans, sem cogitar o que essas pessoas diriam sobre si mesmas.

Em relação a esta confusão conceitual que culminou no silêncio das narrativas sobre homens trans e da diferença entre mulher trans e travesti, o que parece estar em jogo não são apenas os corpos das pessoas, mas o discurso que se faz sobre eles. Berenice Bento compreende que

Ao estudar os gêneros a partir das diferenças sexuais, está-se sugerindo explicitamente que todo discurso necessita da diferença sexual, sendo que esse nível funcionaria como um estágio pré-discursivo. A cultura entraria em cena para organizar esse nível pré-social, ou pré-discursivo, para distribuir as atribuições de gênero, tomando como referência as diferenças inerentes aos corpos-sexuados. (Bento, 2012, p. 2658)

Todos estes silêncios, acerca da bissexualidade, da transexualidade masculina e feminina e sua confusão com a travestilidade também são efeito do mito de uma figura

caricatural padrão discursivamente construído de forma reduzida com seus desdobramentos também estreitos e estereotipados. Estas expressões de gênero, no bojo da heteronormatividade, impõem que a feminilidade enquanto expressão seja típica do gay mas não presente na lésbica, que deve expressar-se masculinamente. Segundo a lógica, o máximo da experiência de ser gay seria “vestir-se de mulher” sendo esta a descrição de uma travesti (talvez por isso o uso pronominal ainda no masculino). Mesmo os profissionais não trazendo para seu argumento experiências com pessoas transexuais, eles acionaram a figura de uma travesti (muito raro mulher trans) como entendimento reduzido e caricaturado de um “homem que se veste de mulher”. Mas nos seus exemplos e argumentos, não aparece a figura de um homem trans ou de uma pessoa bissexual. O recorte da orientação sexual restrito à práticas sexuais e, portanto, como sendo uma experiência apenas no adulto, também é o efeito deste mito, que não reconhece a experiência da orientação homossexual no adolescente, negando-a como ora inexistente, ora como confusão de escolhas.

11.3 Construção de uma diversidade: apostas

Para finalizar, vamos fazer uma discussão acerca de como a diversidade que foge à compreensão profissional pode ser útil quando ela desafia o senso de inteligibilidade e permite a abertura para novas compreensões. Quando o profissional se depara com uma situação que requer novos entendimentos e está sensível para a necessidade, o momento pode ser fecundo para outras possibilidades.

No diálogo retirado da entrevista do psicólogo *Patrik*, vemos sua tentativa de descrever os efeitos da falta de sensibilidade profissional em relação ao uso do nome social. No trecho precedente de *Patrik* consideramos sua dificuldade em diferenciar as necessidades de gays e travestis quanto ao uso do nome social. Logo na sequência este profissional comenta:

Patrik: *E daí, ela toca nesse ponto: “pô, você vai numa unidade de saúde, poucos procuram”. E eles tem essa hipótese de que “olha, eles não querem passar por esse tipo de constrangimento, que às vezes o nome tá lá Paulo e ela quer ser chamado de Carla” E alguém chama: “Paulo”.*

Patrik: *Aí, tem que levantar a Carla, então fica um constrangimento ou às vezes até de preconceito no atendimento do médico, do profissional que atende de forma insensível e tal. Então talvez por causa de um histórico assim, ela pensa, né. Eles já nem procuram mais o atendimento. Eles ficam lá sem assistência, ficam lá com seu sofrimento, tenta uma automedicação, tenta alguma coisa desse tipo pra não ter que passar por questões assim. E a informação que eu tive, assim, sabe, pra ter algum sentido “porque que não procuram, não aparecem.” Mas, nenhum atendimento de 2011 pra cá. Claro que a gente não tem nenhum tipo de busca, nenhum trabalho pra que isso mude, né. Não tem.*

Notamos que *Patrik* utiliza como corpo do seu argumento uma situação hipotética (dizemos hipotética porque logo no início de sua entrevista *Patrik* disse que nunca teve nenhum atendimento com esta população e pouco poderia contribuir para a pesquisa) a situação de uma pessoa trans (não sabemos se travesti ou transexual) que, ao vir na UBS e não ter respeitado seu direito ao nome social, criaria para ambos, usuário e profissional, um constrangimento e ao profissional soma-se ainda o peso de ter visto seu comportamento como preconceituoso. A consequência desta forma de atendimento não sensível para o uso do nome social levaria a pacientes como esta pessoa trans *Carla* a não buscarem mais o serviço de saúde, como também relataram Muller e Knauth (2008). *Patrik* conclui seu relato referindo que infelizmente não tem nada previsto no serviço que mude esta estatística infeliz. No mito da formação específica vimos que *Patrik* também compreende que esta população LGBT não busca o serviço de saúde com receios de preconceitos e atitudes discriminatórias.

É claro que para um assistência qualificada, a distinção entre *gays* e pessoas trans no uso do nome social é fundamental como primeiro passo para garantia de um tratamento adequado e, neste relato, *Patrik* se mostra sensível à necessidade da pessoa que, se não assistida, leva ao abandono pela procura por serviços de saúde e passa ao uso indiscriminado e nocivo de substâncias.

Como comentário adicional nesta discussão, ressaltamos o papel desta capacitação referida (e que outros profissionais ao longo das outras entrevistas também referiram) que parece ter levado *Patrik* a enxergar esta necessidade do uso do nome social e é a partir daí que o sentimento de atitude preconceituosa do profissional passa a existir como realidade para ele.

Outro exemplo de como o contato com a diversidade que desafia o senso até então construído acerca das pessoas LGBT pode ser visto no seguinte trecho retirado da entrevista de *Pilar*. Trata-se do final da entrevista, quando a entrevistadora solicita que *Pilar* faça uma avaliação da entrevista como um todo:

Entrevistadora: O que você achou da entrevista?

Pilar: *Ela tá adequada, tá bem adequada, com perguntas pertinentes. Ah, uma coisa que eu lembrei agora.. Na área da psicologia a saúde sempre atendeu criança, as escolas encaminham crianças e é muito interessante porque agora começaram a chegar crianças em que você tem como pais é.. eu nunca tive como pais dois homens né, mas sim duas mulheres, então começa a chegar esse tipo de família para o atendimento, até uns dois anos atrás não, ou era pai e mãe ou era só a mãe, ou a avó, então agora começa a ter casais homossexuais em que os seus filhos estão na escola e eles tem problemas igual as outras crianças e você tem que atender, então assim, por isso que a implantação da política ela é importante né, então, por que isso é algo novo, tem que ter toda uma desconstrução daquele modelo de família que as pessoas estavam acostumadas pra poder atender, então.. é.. e é bacana, é um trabalho bacana..*

Pilar aqui se posiciona como alguém cujo desafio das normas acerca da constituição familiar lhe parece ser propício para se desfamiliarizar de seu conceito já posto de família, criar espaço para novas construções “ampliando o acervo dos repertórios interpretativos disponíveis para dar sentido ao mundo (Spink & Frezza, 2013, p. 10). Ela se coloca neste lugar para quem a norma hetero sempre sustentou seu trabalho porém agora tem aparecido na clínica psicológica da UBS casais que desafiam o que estava posto até então.

Vimos no mito da igualdade que a associação com as DST ainda são presentes por incorporar a noção de múltiplos parceiros e, como consequência disso, a noção de constituição de família é distante. Prevalece a ideia de que pessoas LGBT não constituem famílias mas se também reitera uma norma: não deve constituir família devido sua instabilidade e incapacidade de compromisso (Mello, 2006). Daniel Borrillo (2009) revela o efeito deste mito estereotípico na vida destas pessoas: O estereótipo ainda disseminado do homossexual incapaz de ter uma vida afetiva plena, sem família e crianças, e tendo que terminar seus dias em uma solidão insuportável, aliviada frequentemente pelo suicídio, assombra o espírito de diversos homossexuais (Borrillo, 2009, p. 42).

Ao sinalizar que as crianças filhos de casais homoafetivos têm os mesmo problemas que outras crianças, *Pilar* parece fazer um esforço na desmistificação (outro mito), de que crianças que são filhas destas famílias têm diversos problemas e riscos no seu desenvolvimento saudável. Esforço narrativo que Lira, Morais e Boris também buscaram empreender ao apontar que crianças filhas de casais homoparentais, especialmente de lésbicas como no seu estudo, não tem quaisquer dificuldades advindas da orientação sexual dos pais, a não ser dificuldades sociais, externas à relação intrafamiliar. Ou seja: o sofrimento destes filhos não seria por serem filhos de casais lésbicos, mas pelo preconceito que a sociedade tem com estas famílias (Lira, Morais & Boris, 2016).

Como problematizações para encerrar esta sessão, temos que pensar esta relação do que é visível e invisível e o que ela provoca. A relação a partir desta visibilidade pode tornar invisível para o profissional uma série de outras necessidades de saúde se a quebra da normatividade se interpor entre o usuário e a oferta de cuidado do profissional de saúde. A reprodução de violências visíveis e invisíveis (Fébole, 2017) já que o profissional pode não perceber a demanda trazida pelo usuário ou, com frequência, enquadrar o encontro com o usuário na ótica das DST. O efeito da visão caricatural sobre as pessoas LGBT funciona para a manutenção de um “predeterminismo” não apenas sobre quem são estas pessoas, mas também quais seriam suas necessidades.

O que parece ficar como empreendimento é a postura de abertura às novidades e conhecimento dos próprios limites como um recurso potente para superar o mito que constrói uma imagem caricatural de um LGBT que exclui em sua narrativa uma diversidade de outras experiências que o compõe. Trabalhar na saúde pública é sempre um terreno fecundo e necessário para este posicionamento que é, antes de tudo, ético e político.

12 O MITO DA NEUTRALIDADE

Que é mesmo minha neutralidade senão a maneira cômoda, talvez, mas hipócrita, de esconder minha opção ou meu medo de acusar injustiça? Lavar as mãos em face da opressão é reforçar o poder do opressor, é optar por ele. (Paulo Freire)

O nascimento da ciência moderna, por volta do século XVI, surge amparado no discurso do conhecimento da verdade como um retrato fiel da realidade tal como ela independente de quem a observa. É, pois, um modelo totalitário uma vez que a verdade, única e estável, nega o caráter relacional e local do conhecimento. O pesquisador, neste raciocínio é meramente um expectador do mundo que o conhece e faz os postulados fiéis sobre ele, de modo a apontar que o mundo já era assim antes do pesquisador, e que qualquer cientista fiel ao método científico chegaria às mesmas conclusões (Moscheta, 2014; Santos, 2008). A realidade está lá para ser conhecida independente do observador e a ciência, como uma metanarrativa, “presume o modo único e verdadeiro de conhecer uma realidade definida como coesa e estável” (Mocheta, 2014, p. 33). Para que esta realidade seja pura e fiel, a neutralidade ocupa um lugar estandártico no bojo do discurso científico moderno, como uma característica fundamental do modo de conhecer sem a qual não seria possível o conhecimento como absoluto na afirmação da verdade (Ibañez, 2001). Esse modo de fazer ciência orientou os diversos campos de conhecimento num modo único e verdadeiro de produzir saberes.

Este tipo de discurso teve seus custos. Custos que foram altos. Boaventura de Souza Santos denuncia o caráter epistemicida do discurso científico moderno, produzindo inúmeras mortes de conhecimentos alternativos que não se adequaram ao estabelecido pela ciência. Aqui começamos a identificar como este discurso na neutralidade na ciência é, na verdade, um mito quando o “ mundo é cada vez mais diverso e nessa diversidade emergem novas formas de conhecimento. [...] a ciência, ela própria é multicultural” (Santos, 2001, p. 18).

Segundo Japiassu (1975) a neutralidade é uma postulação metodológica que depende, como qualquer postulado, de uma posição valorativa de modo não se tratar de uma isenção, mas um modo específico de tomar posição (Japiassu, 1975, p. 42). Dito isto, podemos também problematizar que uma postura dita neutra pode ser qualquer coisa menos neutra conforme seu discurso afirma já que ela pode, no mínimo, reproduzir injustiças e mazelas sociais servindo à manutenção das hierarquias sociais já estabelecidas (Grisa, 2015).

A psicologia também não se furtou à este modo de impor-se como ciência. Em busca de um status científico, a psicologia busca na neutralidade um modo de conhecimento e prática que sustentasse seu lugar no mundo das ciências. Já em 1982, Ricardo Przemslaw trazia a discussão dentro da psicologia, quando discutiu que mesmo superando o discurso da neutralidade enquanto um modo de fazer ciência e produzir conhecimento, ficou impregnada nas práticas profissionais, consolidando-se como um modo de fazer psicologia (Przemslaw, 1982)

Historicamente, a psicologia consolidou-se atendendo os desejos das elites com seus interesses de categorizar, diferenciar e controlar e ainda intervir quando identificado algum fenômeno que necessitasse de correção. Dessa forma, mesmo furtando-se a uma discussão sobre compromisso social, numa tentativa de neutralidade, implicou na construção da sociedade e de uma ciência psi que reiterou hierarquias sociais e legava ao sujeito a responsabilidade por seu sofrimento ou por seu sucesso (Bock, 2003; Figueiro & Silva, 2011).

Dito isto, é impensável uma psicologia que não reconhece seu caráter político e sua influência também política numa pretensa ideia de neutralidade. É impossível falar das pessoas e das condições de vida que levam ao adoecimento e sofrimento sem contextualizá-lo e estabelecer conexões sociais que o produziram, muito menos sem pensar que a psicologia não tenha responsabilidade com estas realidades. A psicologia não é uma ilha num arquipélago.

Buscamos construir uma definição sobre o mito da neutralidade como não apenas aquela adotada pela ciência moderna em pesquisas, mas também um modo de prática profissional referenciada por fluxos, protocolos, num modelo de cuidado técnico e neutro. Neutralidade em que o profissional não problematiza fenômenos psicológicos em sua conexão com os modos de vida subsidiando a manutenção do problema ou seja, a neutralidade serviu para se justapor à um lado que é, quase sempre, do opressor. É como se a psicologia, conforme Bock (2003) propôs, se fizesse apenas no campo dos fenômenos psicológicos que independem do mundo relacional que cerca o sujeito e, ao compreender isso, se fecha para o campo social, reproduzindo o ocultamento das determinações sociais. É como se nossa prática não tivesse “nada a ver com os interesses sociais e com as disputas políticas da sociedade” (Bock, 2003, p. 24).

12.1 A ausência das pessoas LGBT nos serviços de saúde

Iniciamos nossa discussão problematizando, a partir de alguns relatos, discursos que buscavam justificar a ausência das pessoas LGBT nos serviços afirmando que elas não

procuravam pelo serviço. Identificamos o caráter mítico da neutralidade nestes discurso quando os profissionais colocam-se no lugar de “receptores” dos usuários que, por sua vez não acessam os serviços de psicologia ou da UBS como um todo, e a problematização desta não procura finda-se na constatação desta ausência, cuja responsabilidade recai sobre o usuário.

Dois trechos retirado da entrevista da psicóloga *Pietra* auxiliam na ilustração desta característica do mito da neutralidade. Primeiro, num trecho efêmero, a entrevistadora questiona qual seria, no entendimento de *Pietra*, as dificuldades de acesso da população LGBT nos serviços e *Pietra* responde: “..... assim o pessoal nunca co..... assim, que eu saiba eu mesmo não vi comentários ‘olha, chegou aqui ...; não foi atendido’...”. Apesar de ser um pequeno trecho, *Pietra* sinaliza que sua compreensão de acesso é simplesmente não haver negativas no atendimento. Cabe algumas perguntas à esta sua pequena compreensão: o acesso a saúde pode ser medido apenas pelas idas e vindas nos serviços sem impedimentos claros? O fato de ser atendido indica que o acesso foi de qualidade? Certamente as respostas seriam negativas.

Em seguida, *Pietra*, referindo-se a alguns poucos atendimentos à população LGBT de que tem notícia, ensaia uma problematização da “falta de demanda”, embora ainda sem articular responsabilidades.

Entrevistadora: Qual a sua opinião ... assim: a gente vê que tem pouco atendimentos aqui né, mas assim, sobre as condições de saúde das lésbicas, dos gays, dos bissexuais, assim.. como é que chegam à unidade de saúde de uma forma geral assim, qual a sua opinião sobre as condições de saúde ... eles, assim, você acha que eles procuram ,eles acabam não procurando muito a unidade, tentam se resolver por conta? .. É assim, pelo que você vivencia aqui na unidade ...

Pietra: É, eu na v.... assim, vejo no meu, na minha percepção, que eles acabam não procurando tanto. Tanto que a gente não tem (Incompreensível) acesso à essa população que precisa ser como outra gente, uma pessoa né e aí por causa do preconceito .. o medo né, o receio, e aí eles acabam não procurando e aí não tem o cuidado com a saúde.. acabam ... Eu percebo assim [nome da entrevistadora] que você vê, olha: aqui é uma demanda tão grande que a gente atende .. você vê, olha, eu falei de um caso que me procurou né, uma situação. Imagina né, quantos que tem que precisam se cuidar, precisam cuidar da saúde e não procuram.

Apesar de ter se referido antes que desconhece situações de recusas de atendimento e acolhimento para esta população, como se isso permitisse avaliar o acesso, no relato acima *Pietra* agora atenta-se para a baixa procura das pessoas LGBT como resultantes de eventuais preconceitos que geraram medos e serviram de bloqueio para acessar serviços de saúde, produzindo impacto negativo sobre sua saúde. Interessante notar que *Pietra* atenta-se para

ausência desta população mas parece o ter feito no momento da entrevista, quando é precisamente o acesso desta população que está sendo avaliado. Mas apesar de ter sido seu foco de preocupação, não apresentou depois qual a responsabilidade sua e do serviço por esta baixa procura.

Como profissional de saúde em instituição pública na lógica de trabalho da Atenção Básica, a ordenadora do cuidado dentro da rede de serviços, os princípios de territorialização e a noção de responsabilidade pela população servem de orientação para buscar ativamente ao encontro das pessoas no território (Brasil, 2011a). Dessa forma, apontamos o caráter mítico deste discurso no fato de não estranhar o silêncio do serviço em relação ao preconceito que, no seu entendimento, parece coibir a procura pelos serviços de saúde. Mesmo reconhecendo os determinantes do preconceito e do medo como atravessador do acesso destas pessoas nestes serviços, o posicionamento de *Pietra* não problematiza a ausência das pessoas LGBT nem o preconceito institucional, que também é o foco da Política de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013).

O psicólogo *Patrik* também produz o mesmo entendimento da ausência das pessoas LGBT como resultado da evitação e constrangimento em procurar a UBS:

Entrevistadora: eu fiz já com outros profissionais daqui, e assim, realmente, eles disseram que talvez pelo bairro, pela população idosa, não ter muitos jovens, eles colocaram, assim, que se eles precisarem de atendimento, eles vem e são atendidos como os outros. Mas que, o fluxo também é bem menor

Patrik: *Deixa eu ver, eu me lembro, que veio um encaminhamento pra mim, de um paciente gay. “Ah, tá precisando de atendimento”. Mas não compareceu nem na triagem. Não compareceu. Não comparece. E, eu não sei o que que é, né? Se é algum tipo de evitação, se tem algum constrangimento ao vir aqui até na unidade. Eu não sei te dizer,*

Temos aqui uma forma mais clara de apontar que são as pessoas LGBT quem não aparecem no serviço de saúde que, segundo *Patrik*, poderia ser explicado por “evitação” e “constrangimento” de ir até à UBS. Mesmo que o receio de constrangimentos levasse o sujeito LGBT a evitar o serviço de saúde, por que *Patrik* parece não se incomodar com esta “realidade” e não se lança em formas de combatê-la? Ser psicólogo de prática clínica dentro de uma UBS de Maringá o coloca numa posição de que pouco ou nada pode fazer à esse respeito? Notamos como os termos “constrangimento” e “evitação” parecem fazer parte de um conjunto de repertórios da psicologia que tem como efeito o ocultamento das diversas opressões sociais que impactam negativamente no acesso desta população nos serviços. Tais características são apresentadas como uma propriedade das pessoas, uma dificuldade delas, uma limitação relacionada ao seu modo de ser. Nesta lógica a exclusão destas pessoas fica justificada pelas suas dificuldades, muitas vezes descritas como psicológicas (inibição,

timidez, defesa, constrangimento). O serviço e o profissional ficam poupados da reflexão sobre como tem participado na construção destas barreiras para o acesso. Portanto, o mito da neutralidade serve para justificar que ao profissional basta esperar pelo usuário e atendê-lo de modo livre de discriminação quando ele vier. Para além disso, o mito serve também para encobrir o efeito político dessa espera, especialmente quando essa espera reproduz a exclusão de uma população específica, e abona o profissional da reflexão de que, sob a justificativa de neutralidade ele está produzindo uma política de exclusão.

Um pouco mais para o final de sua entrevista, *Patrik* ensaia uma compreensão acerca da ausência destas pessoas no serviço, onde identificamos uma forma do mito da neutralidade operar, aqui para dizer que o profissional nada pode fazer a respeito.

Entrevistadora: você tem alguma informação que possa acrescentar na pesquisa.

Patrik: Não, mas eu já me questionei “porque essa população não aparece.” E o fato de eu ser homem, será que não tem muita a ver? Porque assim, na maioria das unidades básica é mulher que atende. Talvez esse seja um facilitador, né?

Entrevistadora: É uma hipótese, né?

Patrik: É uma hipótese, talvez seja um facilitador. “Ah, tem uma psicóloga lá, né”. Talvez, tem essa coisa, de se sentir mais acolhido por ser uma psicóloga que está atendendo. Talvez, talvez. É uma hipótese. Mas realmente não aparece. Teve esse rapaz que faltou na triagem, talvez por ser psicólogo homem. Talvez sim, né?

Entrevistadora: Pode ser.

Patrik: Talvez “ah vou encontrar lá um homem”

Entrevistadora: É um indicador, onde já deu uma angústia, uma ansiedade antes de chegar.

Patrik: Uma ansiedade, né. Vai saber. “Um homem? Como é que eu vou falar de orientação? Vai que a pessoa não aceita ou tem preconceito.” É uma hipótese, mas realmente. Nas outras unidades têm procurado?

O que parece estar sendo construído neste diálogo é que o gênero do profissional – homem – pode ser um elemento explicativo da ausência de pessoas LGBT no serviço. Estaria *Patrik* inferindo que a empatia só seria possível com mulheres por serem os LGBT, restritos a homens gays afeminados (cuja feminilidade o aproxima mais das mulheres), ou lésbicas (que reconheceriam na figura da mulher mais identificação) ou ainda a mulheres trans (cuja construção de si é feminina)? Não sabemos. Embora pareça que *Patrik* esteja referenciado pelo mito de uma figura caricata de um LGBT padrão, já discutido no capítulo anterior, preferimos fazer a discussão deste trecho aqui porque a explicação que parece fazer mais sentido para *Patrik* é seu gênero como a causa da recusa de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais pelos seus serviços e ele pouco, ou nada, pode fazer à este respeito.

Mas muito poderia ser feito se sua problematização se deslocasse do seu gênero e incorporasse o modo até então instituído de acolhimento da UBS ou ainda mais, como que o modo de organização do serviço de saúde como um todo não é inclusivo, pautado por um

modelo heteronormativo (Lima, Dantas & Souza, 2016; Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013). E este modelo de fazer saúde faz muito mais sentido no clareamento do porquê esta população não aparece no serviço do que o fato de ser profissional de psicologia do gênero masculino.

Petrus, noutro momento de sua entrevista, também busca ancorar-se no campo dos fenômenos psicológicos para sustentar sua compreensão da dificuldade de acesso das pessoas LGBT nos serviços,

Entrevistadora: E você acredita que a população LGBT tem dificuldade pra acessar o serviço de saúde? Porque, né?

Petrus: Eu acho que tem, deve ter muita dificuldade. A impressão que eu tenho, né, quando eles não aparecem aqui que eles, é, vão procurar em outros lugares, assim, digamos, precisam ir no médico e vai na farmácia... devem estar buscando alguns lugares pra... não vem nas unidades, assim. Pelo menos não é comum.

Entrevistadora: E porque que você acha que isso acontece?

Petrus: Deve ter vários motivos, né. Que eu num... talvez, pode ter sido por experiências negativas, né, experiências com preconceitos, essas coisas, pode passar por isso. Pode ser, como é uma população marginalizada, né, e a população marginalizada, né, ela internaliza essa marginalização e ela também já não procura, então... tanto pode ser pelo serviço, né, inadequado, como pela perspectiva interna que a pessoa tem que ela acha que ela vai ser mal atendida.

Comparado à primeira fala de *Patrik*, *Petrus* tenta avançar na problematização da ausência destas pessoas no serviço, seja conjecturando os efeitos por não buscar a UBS (“...quando eles não aparecem aqui que eles, é, vão procurar em outros lugares...”) e busca uma compreensão numa relação de preconceito e discriminação mas cujo sofrimento é resultado da “internalização” do preconceito que impede a procura pelo serviço. *Petrus* parece se orientar por um referencial técnico e psicológico que recorta sua compreensão no mundo mental (Bock, 2003) que desenhou como rota do sofrimento o resultado “interno” das opressões externas .

Um referencial político de atuação convidaria *Petrus* a problematizar a ausência das pessoas LGBT nos serviços não como efeito de “internalização da marginalização” mas como efeitos dela própria, a marginalização. E há ainda, o não estranhamento do preconceito dentro dos serviços como reprodutores das discriminações sofridas fora destes contextos também seria um efeito do compromisso político do profissional da psicologia. Quando *Petrus* traz a discussão do preconceito para o campo psíquico, coloca-se como um agente de mudança neste enquadre psicológico e não coloca a sociedade e o preconceito institucional como campo de intervenção sua.

O mito da neutralidade aqui aparece nesta centralidade no caráter técnico e teórico da psicologia que, por sua vez, isenta o papel do profissional em problematizar politicamente esta ausência que certamente não é por características psicológicas. Apesar de haver dentro da psicologia um discurso que reconhece a não neutralidade, consolidou-se também a noção de não politização da prática psi que, ideologicamente, se embasa na ideia de naturalização de fenômenos psicológicos como intrínsecos e certos “dentro do homem” bem como coabita na psicologia a concepção que as pessoas “são responsáveis e capazes de promover seu próprio desenvolvimento” (Bock, 2003, p. 21).

Seguindo na entrevista de *Petrus*, reconhecendo que é uma população ausente no serviço, este profissional busca numa suposta ausência de Políticas destinadas à esta população que faça a discussão alcançar os trabalhadores.

Entrevistadora: Você acredita que existe alguma coisa que favorece a chegada dessa população até a unidade?

Petrus: Não, a, hm.. acho que assim, enquanto política não existe, né. Porque, eu até nem sei o quanto abrange o... mas eu acho que tem pessoas que tem, que são atendidas nas unidades, né, e... mas assim, enquanto política não, não existe nada direcionado. Assim, eu não sei se você tem ideia, mas a gente tá tentando fazer uma política pra criança, pra mulher, pro homem né, então, que abrange muita gente. E essa população não se fala sobre isso, não chega essa conversa pra gente.

Aqui o mito da neutralidade opera de diferentes formas. Primeiro porque *Petrus* refere que não existe política que favoreça o acesso desta população aos serviços de saúde, não trazendo para o cenário de discussão a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013a) que ele mesmo referiu já ter tido contado noutra momento de sua entrevista mas não articulou este conhecimento da Política como facilitador do acesso. Sabemos, por certo, que a discussão da referida Política de Saúde Integral LGBT é escassa, senão nula, no cotidiano dos profissionais, mas *Petrus* não compreende que o trabalho como psicólogo é, por si, um lugar de resistência e de não pactuação com práticas de opressão e exclusão de serviços de qualidade. Em outro trecho de sua entrevista, *Petrus* avalia a qualidade de ações e serviços que seriam ofertadas à população LGBT. Ele refere que serviços especializados como os de testagem rápida teriam mais recursos técnicos para qualificar a assistência à saúde à essa população. Em seguida *Petrus* diz: *É, o que eu acredito é que no geral as pessoas tenham dificuldade. Talvez, se tiver algum serviço que tem um público maior, mais direcionado, então as pessoas estejam melhor preparadas.*”. A qualidade da assistência estaria vinculada, neste raciocínio, à especialidade do serviço, seja por demanda ou por direcionamento mais claro. *Petrus* fala de um lugar ideal

cujos preparos é a especificidade mas ao fazer isso, exclui a determinação social da saúde como sendo também parte de seu *corpus* de trabalho, colocando-o como protagonista da aceitabilidade (Sanchez & Ciconelli, 2012) para o sucesso. Esta postura convida à redefinição de práticas para o sucesso do acesso da população LGBT no SUS, também colocado como alvo da Política de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2013a).

12.2 Protocolos, técnicas e práticas orientadas pelo mito da neutralidade

A discussão a seguir terá como mote relatos que acionam a ideia do cuidado orientado pela técnica, por protocolos e distanciamento, características que compõem a noção de neutralidade. Neste conjunto de relatos, pretendemos discutir como o modo como o trabalho psi se exerce de modo técnico, como que a percepção de um bom trabalho se dá apenas por justificativas teóricas, universalizantes que deixa a dimensão política do trabalho praticamente ausente e sem potencial de mudanças concretas. Por isso, um mito.

Nosso primeiro recorte tem como pauta de discussão uma fala da psicóloga *Poliana*, para quem o acesso é o trânsito pelo fluxo da UBS. No trecho precedente, *Poliana* referiu que quando alguma pessoa LGBT procura a UBS, ela recebe um bom atendimento, seguindo-se deste questionamento da entrevistadora:

Entrevistadora: O que você considera um bom atendimento?

Poliana: Um bom atendimento é a pessoa chegar conseguir ser agendada, conseguir a consulta num prazo...ou uma consulta o que ela precisar do serviço no prazo menor possível e ser acolhida, ser acolhida como qualquer outro paciente, eu penso que é isto.

A qualidade de um atendimento, para *Poliana*, está atrelada ao paciente conseguir seu agendamento de consulta num prazo curto de tempo e ser acolhido como qualquer outro paciente (mito da igualdade). Esta concepção estreita de acesso é, no nosso entendimento, referenciada por cuidados técnicos e fluxos universalizantes ou seja: centrada no serviço e não no usuário. Para este tipo de “bom atendimento” devemos perguntar: bom para quem? Moscheta (2011), a partir da discussão de Cecílio (2009), discute a necessidade de saúde de uma pessoa trans (homem ou mulher) e o papel dos serviços de saúde em assistir, por exemplo, o processo transexualizador. Neste modelo de saúde idealizado por *Poliana*, o caráter mítico aparece no tecnicismo e protocolar do que seria um “bom atendimento” mas que não parece incorporar a equidade como princípio que direciona a assistência conforme cada necessidade. É claro que ser acolhido e atendido num curto espaço de tempo é uma forma de promoção de acesso, mas *Poliana* não incorporou na sua concepção de bom

atendimento a atuação profissional comprometida com a saúde do usuário que vem carregado de sofrimento, demandando do profissional escuta qualificada e atenta para este tipo de necessidade de saúde.

Ainda dentro de uma perspectiva universalizante, *Paulina* nega dificuldades no atendimento já que o mesmo fluxo serve a todos.

Entrevistadora: Você tem alguma dificuldade no atendimento dessa população? Algo que você acha mais difícil?

Paulina: Não. Não. Eu até... é como eu te falei, para mim é tão tranquilo, é tão dentro do fluxo, é igual o idoso que eu atendo, o velhinho que eu atendo, que a coisa flui normalmente, não vejo nenhuma dificuldade. E os pacientes que eu tive não vieram com essa queixa, já vieram definidos.

Entrevistadora: Então nem fica trabalhando muito.

Paulina: É, essa questão da sexualidade em si. O que as vezes a gente trabalha é a questão da prevenção de doenças, mas que trabalho com todos os pacientes, que são os cuidados que a gente precisa ter, até o respeito pelo corpo. Mas é um trabalho geral, com todos os pacientes

Embora tenha elementos que nos convide a pensar no discurso da igualdade, já discutida como um mito, não podemos afirmar, apenas por este relato, se *Paulina* e a equipe de sua UBS não equaliza a assistência a saúde quando algum paciente LGBT, ao entrar neste fluxo, é identificado alguma necessidade diferenciada. Em todo caso, o que parece ter tornado “fácil” o atendimento a estes pacientes é que eles vêm já com sua orientação sexual definida. Cabe fazermos duas problematizações: a) de acordo com este relato, se a sexualidade não for o “objeto” de discussão na clínica psicológica, o fluxo estabelecido consegue dar conta desta demanda e reforça a prática universalizante que está posta como, de fato, a mais adequada; b) que o cuidado é centrado no cuidado do corpo e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Paulina*, não relata ter problematizado com o usuário o processo anterior da vivência no armário e muito menos quais opressões ainda se fazem presentes na vida desta pessoa, uma vez que a afirmação de sua orientação sexual não encerraria seus sofrimentos que se somariam, provavelmente a tantos outros como as opressões e discriminações. A centralidade no sujeito é um modo de fazer psicologia pautada na teoria e técnica, mas não no fazer política. O mito da neutralidade é que, ao furtar-se a fazer tais discussões segue encerrando e enclausurando o sofrimento como sendo de responsabilidade do sujeito e não da sociedade.

Dando prosseguimento da nossa discussão sobre o mito da neutralidade em protocolos técnicos, este trecho da entrevista de *Poliana* nos mostra outro efeito deste mito, quando uma prática ética muito comum na psicologia como os encaminhamentos quando alguma

característica da pessoa atendida interfere na qualidade do atendimento prestado é vinculada a uma forma correta de agir.

Entrevistadora: Como é que você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados a esta população pelo município de uma forma geral?

***Poliana:** [...] tem pessoas que tem uma dificuldade, então eu penso assim no meu lado né como psicóloga, vamos supor que eu tenha uma dificuldade em atender uma pessoa que perdeu alguém da família, vamos supor que eu perdi alguém da família recentemente vou ter dificuldade de atender, então qual é o método que a gente utiliza né? Vamos supor eu estou passando por este momento eu [**nome próprio**], apesar de estar fazendo terapia e , vou estar com esta dificuldade, então que agente faz no serviço? A gente encaminha para outro colega né? Se eu tiver na mesma unidade outra psicóloga eu encaminho para ela. Então eu penso que o preconceito ele não pode é... impedir o atendimento desta pessoa. Eu enquanto profissional se eu tiver preconceito, se eu for uma auxiliar de enfermagem, ou um médico que seja e eu tiver com dificuldade de atender este paciente, então deveria encaminhá-lo sutilmente para uma outra pessoa que possa acolhe-lo melhor do que eu. Pelo menos eu acho que isto seria mais sensato né? assim como é... a pessoa pode chegar em uma unidade de saúde e ser mal atendida por um profissional que é mais grosseiro com qualquer paciente, não com esta população né? Então eu ainda acho que está caminhando para o melhor sabe? Hoje eles também tem mais direito, assim como todo mundo eles podem também ligar reclamar do funcionário, eles podem reivindicar o direito deles assim como qualquer paciente que for mal atendido não é verdade?*

Poliana busca no protocolo ético uma forma de isentar profissionais que não conseguem lidar profissionalmente com a sexualidade divergente da norma hetero. Seu conceito de um “bom fazer” em psicologia, que é encaminhar o paciente LGBT (embora ela tenha utilizado o exemplo de outra condição) para outro profissional, é tido como uma boa prática mas não aparece como horizonte de sua discussão a possibilidade de rever conceitos, até mesmo o conceito de ética. Quanto *Poliana* diz “Então eu penso que o preconceito ele não pode é... impedir o atendimento desta pessoa” ela poderia estender esta compreensão para o próprio processo de encaminhamento e perceber que, de fato, o paciente está sendo impedido de ser atendido por ela, e por isso vai para outra psicóloga. O caráter protocolar ético contido neste sentido, cuja gênese previa a qualidade do atendimento, neste caso, mostrou-se o caráter mítico da neutralidade, uma vez que o impedimento em atender, mesmo que orientada pelo código de ética (Conselho Federal de Psicologia, 2005), não serviu ao fim de uma boa prática em psicologia. Ou seja, *Poliana* cogita o encaminhamento como forma ética de lidar com sua dificuldade em relação a sexualidade não normativa, mas não cogita rever este posicionamento nem problematiza a própria dificuldade, aparentemente dada como certa e inoperável. O encaminhamento como saída ética para garantir um bom atendimento é acionado em seu discurso colocando em equivalência duas situações muito diversas (o luto e o preconceito contra LGBT). Se em um caso o profissional encaminha porque está vivendo

uma condição (inescapável) de luto, no segundo caso o profissional encaminha por uma incapacidade que fere inclusive dispositivos instituídos pelo próprio Conselho Federal de Psicologia que dispõe sobre a não discriminação das pessoas LGBT pelos psicólogos. Além disso, o processo de luto que impediria um profissional de atender bem determinados usuários é um processo temporário. O encaminhamento serve ao usuário porque o protege de um atendimento potencialmente comprometido devido a um limite transitório do profissional. Ao contrário, o encaminhamento de um usuário LGBT conforme a lógica de Poliana serve ao profissional porque o dispensa da tarefa política de rever seus preconceitos.

Uma consideração necessária de outro efêmero trecho subsequente “*eles podem também ligar reclamar do funcionário, eles podem reivindicar o direito deles*” também é uma forma do mito da neutralidade, já que seria de responsabilidade do usuário LGBT, quando mal atendido, reclamar do funcionário. *Poliana* não se posicionou a partir do compromisso ético e político da profissão que a colocaria como a agente de transformação no local de trabalho em resistência ao preconceito, discriminação e diversas formas de violência. Na atuação profissional não existe neutralidade pois, conforme lembra Yamamoto “*Toda ação profissional, esteja o psicólogo ciente ou não, comporta uma dimensão política, pelo fato de o profissional estar envolvido [...] com as relações de poder da sociedade*” (Yamamoto, 2012, p. 11). Não sabemos seu real posicionamento, mas neste trecho, *Poliana* não problematiza o preconceito institucional e nem se coloca como responsável na qualidade da assistência prestada.

A psicóloga *Pérola* também busca numa linha histórica situar o tempo de hoje como melhor que o passado, embora reconheça que ainda hoje algumas religiões tem fortalecido seu discurso conservador, referendado por uma parcela da sociedade.

Entrevistadora: E assim, não só aqui, mas nas outras UBS que você já trabalhou, como que você avalia, no geral, como é o acolhimento, o atendimento da saúde pública com essa população?

Pérola: *É, do atendimento aqui dentro, não só do atendimento psicológico. Eu penso que, assim, vem melhorando bastante, eu entrei faz 13 anos, tá. Às pessoas, elas tinham muito mais preconceito há 14 anos do que hoje. Tipo, assim, tinha um caso que ficou sabendo que aquela mulher era uma lésbica, um exemplo. “Ah, fulano, você sabia que fulana é lésbica” já ouvia um cochichinho, uma conversinha. “Você sabia que fulana é lésbica”. Isso tinha muito. Hoje, mudou bastante, eu sinto desde que eu entrei, né. Eu acho que assim, vem mudando bastante. Mas eu vou ser sincera com você, eu acho que deveria ser feito um trabalho com os profissionais, sim, tá. Porque perpassa por muita coisa, por preconceito, por discriminação. Então, assim, “Ah, não é do pessoal que trabalha”. Essa situação também tem na área de saúde, mas assim, você sabe que cada um tem uma história, cada profissional que trabalha aqui tem uma história, tem determinadas religiões que são extremamente preconceituosas, ou tem profissionais que vêm de uma forma ou aprendeu de uma forma preconceituosa a vida inteira. Então, assim, dizem que é totalmente lindo, não é, tá. Acho que melhorou muito, mas*

o preconceito existe. E assim, se algumas pessoas que são de uma religião mais radical, têm um preconceito muito maior. Acho que tem que ser feito um treinamento. É difícil, é complicado, né. A gente vê isso no local de trabalho, vê isso dentro da família da gente, né

Assim como *Poliana*, *Pérola* crê nos dias atuais como dias de mais felicidade e libertação em relação ao passado e também reconhece a necessidade de se trabalhar com os profissionais em relação ao preconceito, especialmente quando a religião é sobreposta à prática profissional. Apesar de reconhecer e fazer esta crítica, seu posicionamento não correlaciona a referida “melhora” dos dias atuais com preconceitos e discriminações que ainda coexistem. Por uma ótica da neutralidade, *Pérola* parece ter concebido as conquistas das garantias dos direitos como circunscritas a um mundo melhor, mesmo ainda havendo preconceitos por parte de alguns trabalhadores. *Pérola* também parece identificar o preconceito não como de origem nas próprias práticas institucionais, mas na história de vida de cada um ou ainda orientadas por igrejas ultra conservadoras, o que parece isentar a UBS de responsabilidade. Ou seja, excetuando-se algumas pessoas ainda preconceituosas, os dias atuais estão melhores do que o passado. Mas estão mesmos?

Se por um lado esta afirmação pode ser verdadeira dado o histórico de militância e de lutas que foram se transformando em leis e políticas públicas nos campos da educação, saúde entre tantos outros, por outro lado este tipo de discurso não pode ser utilizado para mascarar e encobrir as inúmeras ameaças a estes avanços.

Como exemplo, a resolução do Conselho Federal de Psicologia nº 01 de 1999, que regula a prática profissional acerca da orientação sexual é alvo constante de críticas, infelizmente também de profissionais dentro da própria psicologia. No âmbito do Congresso Nacional, há duas iniciativas de sustar esta resolução sob uma prerrogativa de ser impeditiva da liberdade profissional e que o Conselho Federal de Psicologia constrange práticas profissionais. Os projetos de decretos de leis que visam sustar a referida resolução são de autoria do deputado João Campos (PSDB) pelo PDC 234/2011 e do deputado Pastor Eurico (PHS) este último que visa sustar a resolução por completo.

A própria Política Nacional de Saúde Integral de *gays*, *lésbicas*, *bissexuais*, *travestis* e *transexuais* está em jogo já que ela é pouco divulgada e não posta para execução. Isso sem ainda apontar os número da violência homofóbica que, de acordo com o IGBE (Brasil, 2016) são alarmantes cuja crueldade dá o tom triste aos números.

Resta-nos pensar que, se houve avanços, eles ocorreram por engajamento político da sociedade e da psicologia onde ela se insere. Não existe neutralidade neste jogo político senão escolhas por uma psicologia e por uma sociedade que se quer construir.

Vamos agora apresentar e problematizar alguns trechos cujos sentidos se assentam numa perspectiva *psicologizante* (Bock, 2003), que coloca a psicologia como circunscrita ao mundo mental e psíquico. Na entrevista de *Pilar*, o sofrimento ganha destaque como sendo constricto ao campo psíquico e mental.

Entrevistadora: Você já atendeu ou atende algum paciente LGBT?... Como foi este atendimento?

Pilar: Bom, eu sempre penso na questão do sofrimento mental, que isso é independente, onde que a pessoa ta classificada ou não, então poder assim como os outros pacientes se beneficiam de poder ser escutado, ter alguém para pensar junto com eles, o que eles estão fazendo.. Os pacientes que eu atendi nessa condição também, então, tranquiliza muito, porque, além o sofrimento deles tem uma carga muito assim de... se eu to do lado certo ou do lado errado e isso não existe, de poder tranquilizar as pessoas do que elas estão fazendo. Então eu acredito que eles se beneficiam bastante sim.

O que esta fala de *Pilar* parece acrescentar na nossa compreensão é que o aspecto de sofrimento e negativismos é recorrente na fala dos psicólogos e não apenas encerrados no mundo psíquico mas como se fosse a única experiência possível, quando muito a experiência de maior destaque na vida destas pessoas. Não estamos, de forma alguma, negligenciando o peso do preconceito e riscos de violências que, de fato, acompanham estas pessoas, mas sim como que, dentro desta psicologia de caráter mais clínico, ser uma pessoa LGBT é quase sempre ser um campo de intervenção, mas não na sociedade que produz o sofrimento. As demandas para cuidados psicológicos seguem a ordem da necessidade identificada que, na psicologia, estaria ligada ao sofrimento psíquico. A centralidade no “mundo psíquico”, conforme já apontamos, é uma forma de ofuscar o olhar para o contexto do sujeito e, ao fazê-lo, isenta-se de sua responsabilidade política. O mito da neutralidade é que ela agencia a noção técnica e teórica como uma forma de um bem fazer em psicologia que teria o poder de transformar positivamente a vida do sujeito. Este sentido se torna um mito precisamente por não fazer a psicologia alcançar totalmente aquilo que se propõe, que é o bem estar das pessoas e coletividades (Conselho Federal de Psicologia, 2005). É neste contexto de problematizações que é oportuna a provocação de Figueiro e Silva (2011) para revelar o caráter mítico que estamos discutindo: “Como poderia a Psicologia, com técnicas e referenciais teóricos que desconectavam o sujeito de sua realidade histórico-social, contribuir para melhorar as condições de vida de milhares de brasileiros?” (p. 16).

O enfoque no psicologismo como forma de relação entre profissional da psicologia e usuário do serviço vem se mostrando como uma forma de ofuscar o aspecto social do sofrimento e é o caráter mítico na neutralidade, apresentado de forma mais contundente no trecho da entrevista de *Paulina*.

Entrevistadora: E nesse atendimento você percebe que eles vêm com problema de aceitação da homossexualidade ou com problemas em geral?

*Paulina: Eu acho que eu nunca atendi com problemas de aceitação [...] Geralmente com outros conflitos não necessariamente relacionados com a opção sexual. Talvez com um **pouco de conflito social**, mas assim de ter dúvidas, angústias sobre a opção ou ter algum problema sério até socialmente pela opção acho que não atendi.*

Orientando-se apenas por uma intervenção técnica e clínica, *Paulina* refere que “problemas de aceitação” não foram de destaque na sua prática, nem quaisquer outros conflitos relacionados à esfera sexual. Apesar de não ser o principal ponto de problematização, o uso do termo “opção sexual”, não podemos deixar de apontá-lo como ainda recorrente nos relatos de profissionais de saúde.

Nossa principal discussão se constrói ao mostrar como que restringir-se no mundo mental torna clara a recusa do papel político da profissão em reconhecer o caráter social e histórico do sofrimento. Mesmo dando pouca importância para o conflito social, como se fosse de menor impacto na vida destas pessoas – o que certamente não é – *Paulina* não compreendeu que até mesmo dificuldades de autoaceitação da identidade sexual é também fruto de uma opressão social e não um problema psicológico. Moscheta (2011), a partir da proposição de Young sobre a opressão como um problema social, aponta como o *imperialismo cultural* tem forte impacto na vida das pessoas LGBT dando um modelo a ser seguido: o heterossexual. É neste contexto de normatividade heterossexual que a aceitação ou não da identidade sexual não deve ser objeto único de ação da psicologia, senão o questionamento acerca dos padrões impostos pela sociedade, questionamento destinado não apenas à pessoa LGBT mas também à sociedade. Um tipo de questionamento que faltou fazer é o aprofundamento, então, de quais demandas estas pessoas trazem para o consultório de psicologia para aprofundarmos esta problematização, já que a própria entrevistadora posiciona *Paulina* para dar uma resposta recortada em autoaceitação.

A orientação a partir de um referencial ético e político de psicologia transformaria quaisquer demandas de não aceitação, sofrimento, depressão, abuso de substâncias entre outras não como oriundas de “dentro” do indivíduo, mas como de “conflitos sociais” no seu sentido mais amplo possível. Na tentativa de ser neutro e tecnicamente profissional, esta postura pode reproduzir “o *status quo*, que naturaliza as mazelas sociais e culturalmente desenvolvidas” (Grisa, 2015), e por isso a reiteramos como um mito.

12.3 O papel da Política Nacional de Saúde Integral de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais no cotidiano profissional

Tendo como marco o reconhecimento da determinação social do preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero na saúde das pessoas LGBT, a Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais (Brasil, 2013a) interpela para que a psicologia saia do espaço circunscrito ao mundo dos fenômenos psicológicos e incorpore no seu repertório técnico a dimensão política de sua atuação. Por ser uma profissão que reconhece a centralidade das relações na vida e na identidade das pessoas, torna-se impossível pensar no sofrimento descolado do contexto que o produziu e é por isso que a psicologia não é uma ilha (Arraes, 2013), em que o sujeito, ao chegar a uma profissional psicóloga(o), deixa de coexistir noutros contextos que continuam participando das possibilidades de vida e de sofrimento.

A Política Nacional de Saúde Integral de lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais requer protagonismo e iniciativa dos trabalhadores para situações de preconceito e discriminações, inclusive por parte dos trabalhadores de saúde, e que é tido como marca central que a organiza (Brasil, 2013a). Neste sentido, o modo de atuar dentro da psicologia também é uma forma de garantia de acesso de qualidade aos serviços de saúde, se o reconhecimento do profissional se estender à organização social atual como coparticipe do sofrimento do sujeito, não se enclausurando no seu mundo psíquico (Bock, 2003). A dimensão do acesso cuja forma de agir do profissional e dos serviços de saúde assim como sua dimensão política e de organização dos serviços (Assis & Jesus, 2012; Travassos & Martins, 2004; Sanchez & Ciconelli, 2012) é prevista no seio desta Política, que reconhece ainda o preconceito como principal fonte de adoecimento e sofrimento e os serviços de saúde não podem se furtar desta compreensão muito menos deixar de tomar estes determinantes sociais como “campos de intervenção” da psicologia, especialmente se o profissional comprometer-se a não silenciar-se diante da reprodução institucional de um preconceito social (Albuquerque, Garcia, Alves, Queiroz & Adami, 2013; Lima, Souza & Dantas, 2016; Teixeira Filho, 2011).

Historicamente a psicologia contribuiu e reiterou interpretações homofóbicas acerca do corpo, do psiquismo e das sexualidades (Teixeira Filho, 2011) e construiu teorias e práticas que tem como base inteligível identidades e relações heterossexuais não oferecendo subsídios para os profissionais para a atuação com sexualidades outras além da heterossexual (Toledo & Pinafi, 2012; Moleiro & Pinto, 2009). Mesmo restrito em um espaço de atuação clínica, os profissionais são continuamente convidados a se abster da influência de seus valores pessoais

e até mesmo as atitudes rotineiras no trabalho clínico e reconheça o sofrimento advindo da discriminação e isolamento social auxiliando-o, conforme possível, na resolução destes problemas (Moleiro & Pinto, 2009). Não é ver tais problemas como advindos do “meio externo” e auxiliar na mudança do “mundo interno” do sujeito, mas fortalecê-lo nesta sua relação com o meio.

Mas a característica política da psicologia pede um avanço para além da clínica que, em consonância com a Política de Saúde LGBT (Brasil, 2013a), caminhe na identificação das necessidades desta população que não estão dadas e prontas pelas teorias psicológicas mas na vivência de cada *gay*, lésbica, bissexual, travesti e transexual (mulher ou homem) o que pede do profissional escuta ativa e empática, bem como posicionamento comprometido com as pessoas e no combate de quaisquer formas de opressão. Para estar em consonância com esta Política, profissionais da psicologia não podem mais restringir-se no campo comportamental e psicológico e devem incluir no rol de avaliação e intervenção profissional o contexto social que gera discriminação e preconceitos, uma vez que também é compromisso ético e político da psicologia, corporificado pela resolução nº 01 de dezembro de 1999 (Conselho Federal de Psicologia, 1999).

Teixeira Filho (2011) implica ainda mais o papel político da psicologia, que é o de oferecer elementos que auxiliem na desconstrução da homofobia. Este compromisso requer de nós, psicólogas e psicólogos, mais do que escolhas pessoais dentro da psicologia (como qual abordagem teórica que mais me identifico) mas, orientados pela ética profissional, escolhas coletivas e compromisso com o objetivo final desta ciência, que é o bem estar de pessoas e coletividades (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Segundo ainda Teixeira Filho

No final das contas, tratam-se, então, de escolhas. Se escolhermos acreditar que não existem verdades absolutas, mas sim transitórias, a questão, portanto, é pensarmos quais dentre esses ‘possíveis’ — que nesta lógica deixam de ser ‘verdades’ —, escolheremos para fazer passar e continuar passando a vida. Qual vida? Uma vida com mais igualdade, com mais justiça social e com cumprimento e ampliação de direitos (Teixeira Filho, 2011, p. 42).

O que fica, portanto, é que a(o) profissional da psicologia tem diante de si o dever de não compactuar e atuar no enfrentamento a quaisquer formas de violências, revelando suas diversas facetas. O profissional que não se pauta pelo mito da neutralidade é crítico com a ausência destas pessoas nos serviços e não compactua com as explicações que acionam culpabilização das pessoas LGBT pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde nem se contenta com uma impressão de “tempos atuais melhores” em vista de algumas conquistas de legitimação de direitos. Sendo as sexualidades e identidade sexual consideradas cada vez mais

como atos políticos (Teixeira Filho, 2011) não há vez para neutralidade na psicologia que também deve ser implicada politicamente. E neste sentido insistimos neste presente trabalho que, em tempos de tantos retrocessos e sérios riscos para a democracia tão arduamente alcançada, na necessidade de compromissos concretos com as pessoas o que não deixa espaço para neutralidade.

13 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos o presente trabalho buscando sustentá-lo no discurso do novo modelo de saúde vigente no Brasil desde a instituição do Sistema Único de Saúde, onde o acesso universal, integral e equânime é seu principal atributo. Não cabem, dentro deste modelo, práticas limitadas a condições agudas e pontuais de saúde, tampouco descoladas dos modos de vida das pessoas como singulares nas condições de saúde. A incorporação dos determinantes sociais da saúde e doença no repertório teórico e prático dos sistemas de saúde, como no Brasil, forçou dos governos e profissionais de saúde ações que respondessem às demandas que não constavam originalmente no objeto de cuidado, nem nas formações profissionais.

Mas os movimentos de qualificação devem ser constantes, já que não são apenas políticas e interesses econômicos que organizam o acesso em saúde, mas também os profissionais, com suas histórias pessoais, profissionais e acadêmicas que podem atuar para a garantia do acesso ou reproduzir discursos totalizantes e sacralizados servindo à manutenção de preconceitos institucionais, recorte reduzido de cuidado em saúde e postura de não engajamento profissional na eliminação das barreiras de acesso. Nominamos de Mitos estes discursos para afirmar que não se tratam de posicionamentos e escolhas pessoais dos entrevistados, senão a reprodução cíclica de discursos que se sustentam pelo discurso de ser o mais correto, justo e certo modo de atuar com as pessoas LGBT.

Os mitos não existem de forma isolada, mas associadas a diversos outros conjuntos de crenças que, juntas, conformam o mundo e as pessoas de um modo específico que tem como efeitos, neste caso, constranger possibilidades de acesso. Os mitos que discutimos são interpostos e se interseccionam de modo a produzir mais complexidade no acesso ao SUS, precisamente sob um discurso de uma forma correta e melhor de práticas em saúde.

Discutimos, a seguir, alguns diálogos entre o mitos, apresentando sua complexidade mas também sua conectividade de modo que neste emaranhado, possamos apresentar alguns recursos que auxiliam em um modo de fazer psicologia mais comprometido ética e politicamente com a população LGBT.

No *Mito da igualdade*, compreendemos como este discurso se constrói como uma constatação (se afirma que as pessoas não são diferentes em relação à população geral, seja na condição de saúde, seja em outros aspectos), como norma (contraindicação de ações específicas e pontuais sob o risco de reiterar a diferença) e como objetivo (fazer isso tudo leva à igualdade, que é a finalidade última deste discurso). Para as(os) profissionais

entrevistadas(os), a única diferença que importa para falar desta população é a das DST, que além do caráter histórico, é uma forma de descrever o serviço como quem já oferece ações e serviços, uma vez as ações voltadas para o cuidado com as DST já são institucionalizadas como práticas cotidianas. O mito da igualdade é um discurso que se sustenta pela ideia de que as pessoas LGBT são iguais às demais populações e as práticas de saúde devem ser iguais sob este pretexto de reconhecer a igualdade. Vimos, contudo que seu caráter mítico é revelado precisamente quando o propósito do discurso gera seu oposto, gera desigualdade.

Este discurso da igualdade é um mito quando coloca como segundo plano determinantes sociais da exclusão e preconceitos como não sendo objetos de cuidado da saúde. Vimos no *mito da neutralidade* que quando estes determinantes são trazidos para a discussão sobre esta população, quase sempre vistos como elementos de dentro do mundo mental das pessoas. Se os profissionais da saúde não incorporarem em seu olhar sobre o usuário tudo aquilo que interfere no processo de saúde e doença, orientados pelo discurso da igualdade, o mito é revelado. Está no bojo deste discurso mítico ser assim a melhor e mais justa forma de organizar o cuidado e a atenção à saúde para quaisquer pessoas. Um cuidado universal ofertado para uma diversidade de pessoas e necessidades cria, a partir da igualdade pretensa, a desigualdade de fato.

O *mito da igualdade* dialoga de forma estreita com o *mito da formação específica* fazendo um contraponto de modo bastante particular: segundo o discurso da formação específica, a carência de saberes especializados sobre esta população dificulta a operacionalidade do acesso. Contudo, como é que um entendimento de igualdade requer, ao mesmo tempo, saberes específicos sobre uma população? Porque pessoas pretensamente iguais demandariam dos serviços de saúde conhecimentos específicos?

Isso só seria possível se a saúde fosse compreendida resumidamente a aspectos clínicos, sinais e sintomas, onde os protocolos dariam conta de organizar o acesso de forma igualitária. Contudo, junto com a ampliação da concepção de saúde e sua incorporação dos modos de vida e dos efeitos do preconceito e segregação como determinações sociais sobre a saúde de alguns grupos populacionais, o discurso da igualdade, que visava à forma mais correta e justa de relação de cuidado entre profissional e usuário, não cumpre seu papel, gerando desigualdade. É por este motivo que o *mito da igualdade* também dialoga com o *mito da neutralidade*, já que esconder-se atrás de protocolos e técnicas não deve esconder que o fazer profissional também é fazer política. Para a igualdade não deixar dúvidas e incertezas para os profissionais da psicologia, a neutralidade é acionada como um modo de prática científica e técnica, isentando o profissional de ter que fazer escolhas.

Interessante notar como este mito da igualdade é institucionalizado e parece fazer parte de um discurso social amplo e serve à manutenção de um jeito de executar políticas de saúde recorrente em diferentes regiões do Brasil. Apresentamos, a seguir, duas pesquisas de dissertação de mestrado oriundas da mesma pesquisa nacional que originou o presente trabalho.

O trabalho de Danilo Borges Paulino (2016), investigou discursos de médicos de saúde da família em relação ao acesso da população LGBT e organizou uma discussão em relação a um conjunto de discursos que afirmam uma não diferença da população LGBT em relação às demais populações atendidas nas UBS. Um efeito deste tipo de discurso, e que também foi encontrado neste presente trabalho, sustentado pelo discurso da não diferença (igualdade) ações de cuidado e oferta de tratamento também devem se pautar pela não diferença como uma forma de cuidado mais justo e igualitário, não reforçando que estas pessoas são diferentes (Paulino, 2016). O mito da igualdade não é apenas uma forma de organizar a compreensão de mundo mas um esforço por fazer com que a não diferença seja a lógica de organizar o cuidado.

A dissertação de Edson Oliveira Pereira (2015) também identificou uma confusão conceitual sobre o princípio de equidade apontando os efeitos desta construção discursiva na prática de médicos da saúde da família. Esta “percepção confusa entre universalidade e equidade” aparece nos relato que explicam suas práticas a partir de uma distância de um modelo de atenção integral à saúde, tendo a equidade como princípio doutrinário do SUS (Pereira, 2015).

Como enfrentar um mito tão difundido e institucionalizado nos modos de produzir cuidado em saúde? Quais recursos podemos dispor para que *gays*, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais tenham seu direito ao acesso preservado e não atravessado pelo mito da igualdade? A observância do princípio doutrinário da equidade no SUS pode ser um recurso útil na orientação de práticas mais inclusivas e vinculadas às necessidades da população. O referencial da equidade convida o profissional a olhar o usuário e não a técnica ou teoria, permitindo que o profissional faça escolhas mais comprometidas com o usuário.

Outro aspecto que devemos investir como recurso de enfrentamento deste mito é incorporar continuamente os determinantes sociais da saúde e doença nas práticas profissionais como recursos técnicos e teóricos que auxiliem um modo de fazer psicologia ancorado num compromisso social. O reconhecimento do preconceito, exclusão e segregação como fortes determinantes sociais na saúde de alguns grupos populacionais como as pessoas

LGBT permite que o profissional escape deste mito da igualdade, que é centrado nos profissionais e nos serviços, e coloque o usuário como centro de sua prática de cuidado.

No *mito da formação específica*, o mote de discussão circunscreveu-se pelos relatos cujos sentidos construíram a ideia de que preconceito, discriminação e baixa qualidade de acesso só podem ser combatidos com uma formação técnica especializada cujo conteúdo deveria se abordar a temática LGBT especificamente. A partir da discussão deste mito apontamos como o discurso de não conhecer as especificidades das pessoas LGBT não pode servir para justificar a inoperância do acesso uma vez que já é, ou deveria ser de conhecimento dos profissionais da psicologia outras normativas e políticas que orientam boas práticas de acesso. O mito também aparece quando os profissionais alegam a falta de formação como resultado de a gestão municipal não ter proporcionado cursos e capacitações, mas ignoram que o conhecimento sobre as necessidades desta população também podem ser construído a partir da reflexão das práticas cotidianas, como previsto da Política de Educação Permanente (Brasil, 2009b). A ausência de formação específica é usada para justificar a falta de ações mas seu caráter mítico está quando os profissionais da psicologia desconsideram seu papel de protagonizar ações, discussões e de não compactuarem com atitudes de preconceitos.

Paulino (2016) também identificou um tipo recorrente deste discurso entre médicos de família, que ele nominou de ‘discurso do não saber’, agrupando relatos que acionavam a ausência de formação sobre a temática LGBT como justificativa das dificuldades de acesso.

Apesar de compreendermos que uma boa formação é singular na construção de boas práticas em saúde, este discurso não pode ser usado para justificar certa inabilidade técnica e de acolhimento nos serviços devido a própria Atenção Básica (Brasil, 2011a) ser uma política construída sobre princípios organizadores como vínculo, territorialização, integralidade e responsabilidade. Sobretudo, este mito tem como efeito a isenção do profissional de buscar continuamente sua qualificação profissional, esperando que ela seja dada por outros (graduação ou gestão municipal) de modo instrutivo e técnico. Como consequência, o mito não o implica em reflexão constante sobre sua prática de modo a construir um saber a partir dela, mesmo que pela ausência de uma população que o levaria a problematizar este silêncio.

Se a formação é importante para a qualificação do acesso, quais recursos podemos lançar mão para o enfrentamento deste mito? Como estratégia, acreditamos que o fomento de momentos de discussão e reflexão por equipes de trabalho é útil na medida em que, ao problematizar situações do cotidiano, estes possam avançar na promoção de cuidados de saúde mais equânimes. Não é o apenas o profissional ser bem formado antes de atuar e aplicar na prática conceitos e teorias, mas sim o trabalhador teorizar sua prática.

Entendemos que este mito também dialoga com o *mito da figura caricatural*, quando naquele mito o desconhecimento da diversidade constrange a percepção do profissional a estereótipos de expressão de gênero e orientação sexual. Se a(o) psicóloga(o) conseguir escapar a conceitos e definições de “senso comum” no que se refere a sexualidades e diversidade sexual e pautar sua prática a partir dos referenciais técnicos e políticos da profissão, ele poderá exercer uma psicologia com mais responsabilidade ética e política, o que também pode ser uma linha de fuga para o *mito da neutralidade*, discutido mais adiante.

O tema da sexualidade é muito complexo e dinâmico, onde ciência, política e religião disputam lugares de fala legítimos. Falar de sexualidade, portanto, não se trata apenas de conhecimento científico, mas de reconhecer como este dispositivo, para citar Foucault (1988), é usado de diferentes formas para os efeitos de policiamento, vigilância e controle. Se o profissional da psicologia escapar da armadilha de definições e conceitos técnicos sobre as sexualidades ele poderá ver o sujeito LGBT (ou qualquer outro) diante de si de forma integral e não apenas sua sexualidade, oportunizando compreensões mais úteis e menos enrijecidas sobre as pessoas e como elas deveriam ser. A sexualidade passará a ser uma característica da pessoa dentre tantas outras e não seu principal aspecto.

Para este fim, a Política Nacional de Saúde Integral de *gays*, *lésbicas*, *bissexuais*, *travestis* e *transexuais* (Brasil, 2013a) deve ser guia na formulação de ações não apenas em nível de gestão, mas em nível local, integrando a agenda dos profissionais, assim como a execução das demais políticas já consolidadas. Constituinte como uma das recomendações da 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007, a “sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos de LGBT, com inclusão do tema da livre expressão sexual na política de educação permanente no SUS” (Brasil, 2013^a, p. 12) deve ser tomada como diretriz para os momentos de reflexões e problematizações que nos referimos acima no *Mito da Formação específica* quando apontamos a educação permanente enquanto um modo de produção de saber a partir das práticas (Brasil, 2009b).

O *mito da figura caricatural*, dizíamos, é revelado nos discursos que são construídos a partir de uma compreensão estereotipada e reduzida das pessoas LGBT. Tais caricaturas serviriam para a identificação fácil destas pessoas nos serviços de saúde. O problema este tipo de mito é que aquilo que a faz visível também invisibiliza alguns segmentos deste público, como pessoas bissexuais e homens trans, bem como suas necessidades. Faz com que os profissionais de psicologia se relacionem com o usuário a partir de sua sexualidade, e não como pessoa integral.

Este mito, já dissemos, dialoga com o *mito da igualdade* e o *mito da formação específica* por ser a caricatura da expressão o mote da relação entre profissional da psicologia e usuário LGBT. Uma lacuna que pode servir de escape para este mito seria o profissional esforçar-se constantemente em se questionar o que está sendo invisível a partir daquilo que está sendo visto. Seria se perguntar como determinados aspectos da sexualidade e da expressão de gênero das pessoas constituíram como possibilidades de existirem e como isso apaga uma porção de outras coisas, como outros segmentos e outras necessidades de saúde. Na prática seria reconhecer “como isto que estou vendo tem muito mais a ver comigo mesmo do que com as pessoas”, ou seja, o profissional reconhecer o *mito da neutralidade* informando sua percepção seletiva de estereótipos e problematizar seu lugar nesta construção.

Por fim, o mito da *neutralidade* reuniu discursos que construíram sentido sobre as práticas da psicologia como técnicas e circunscritas ao mundo mental e psíquico. O mito também aparece quando os profissionais não estranham a ausência destas pessoas nos serviços bem como os preconceitos e discriminações que referem perceber mas não se colocam como corresponsáveis pela sua eliminação. Sobretudo, o mito se apresenta quando os profissionais não têm ideia de que estão fazendo política quando estão atuando nos serviços. Compreendemos que este mito sobrepõe-se aos demais na medida em que o não reconhecimento que os profissionais fazem política quando estão atuando permite não se implicarem na construção do acesso para as pessoas LGBT. A redução do trabalho em psicologia ao mundo psíquico serve para reforçar o caráter técnico da psicologia mas reverbera na qualidade das ações em psicologia e na saúde em geral, como um modo de construir práticas de cuidado em saúde reduzidas.

Como recurso, compreendemos que o profissional deve ter o princípio da integralidade como referencial político de sua atuação. Dissemos referencial político pois como discute Camargo Jr (2009) a integralidade não é um conceito fechado, mas aberto a diferentes modos de interpretação que levam a práticas mais ou menos agrupadas, que são consoantes mas nem sempre articuladas. Por este motivo, entendemos que este conceito tem sua dimensão política ao convidar o profissional, na busca pela integralidade da pessoa e do cuidado, a aproximar-se mais de suas necessidades como pessoa. Esta ‘não definição’ da integralidade, diz Camargo Jr. pode ser potente na medida em que abre o debate sobre ela. Este debate pode ser proveitoso para a superação do mito da neutralidade (Camargo Jr, 2009).

Outro recurso para o enfrentamento do *mito da neutralidade* é reconhecer que saberes e ciência, como regimes de verdades são, antes de tudo, campos de disputa política (Ibañez, 2001). Desta forma, não há um saber único e final sobre a sexualidade, assim como sobre

qualquer coisa, e o que está em disputa é qual conhecimento é mais útil para a finalidade que escolhermos ser a mais relevante. A posição relativista é, neste cenário, um recurso potente para o profissional argumentar afirmativamente ao fazer escolhas que devem ser referenciadas pela necessidade do usuário o que, por sua vez, implica o profissional na relação mais sensível ética e politicamente próxima às pessoas, a finalidade de seu cuidado.

Estes debates são fecundos para a psicologia na sua inserção como ciência e profissão nas políticas de saúde, especialmente na Atenção Básica. A psicologia, que na luta pelo lugar de ciência, se construiu historicamente reiterando discursos que fomentaram preconceitos e discriminações, tem revisto continuamente seu papel perante a sociedade e tem se mostrado aberta a tais discussões.

Toda prática é uma prática política (Yamamoto, 2012) e por isso compreendemos que uma ciência sobre o ser humano, que antes de tudo é imerso nas relações, não pode prescindir do reconhecimento do papel político da atuação desta profissão. É papel das universidades e faculdades a formação de profissionais sensíveis para a diversidade de modos de vida, bem como das gestões municipais, ao oportunizarem momentos de discussão e formação para os trabalhadores, assumindo o compromisso com as demandas de saúde LGBT. Sobretudo, é papel das(os) psicólogas e psicólogos o enfrentamento destes mitos, reinventando saberes e práticas que são sempre mutantes e, assim como a psicologia como ciência, estranhando e problematizando o que está posto de modo a possibilitar a emergência de novos modos de fazer psicologia e de construção do SUS.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, G. A.; Garcia, C. L.; Alves, M. J. H.; Queiroz, C. M. H. & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>
- Almeida, D. (2011). “Sou gay, porém totalmente discreto”: os estereótipos e a criação do ethos em um site de relacionamento gay. *Revele: Revista Virtual dos Estudantes de Letras*, 3, 39-61. Doi: <http://dx.doi.org/10.17851/2317-4242.3.0.39-61>
- Almeida, G. (2012). 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 513-523. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200012>
- Aragaki, S. S., Lima, M. L. C., Pereira, C. Q. e Nascimento, V. L. V. (2014). *Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade*. In Spink, M. J.; Brigadão, J. I. M.; Nascimento, V. L. V. & Cordeiro, M. P. (orgs) **A Produção de Informação na Pesquisa Social: compartilhando ferramentas**. 229-246. Rio de Janeiro-RJ: Creative Commons. Recuperado de: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/deed-pt>
- Aragaki, S. S., Piani, P. P. e Spink, M. J. (2014). *Usos de Repertórios Linguísticos em Pesquisas*. In Spink, M. J.; Brigadão, J. I. M.; Nascimento, V. L. V. & Cordeiro, M. P. (orgs) **A Produção de Informação na Pesquisa Social: compartilhando ferramentas**. 229-246. Rio de Janeiro-RJ: Creative Commons. Recuperado de: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/deed-pt>.
- Araújo, J. P., Munhak, R. M., Collet, N., Neves, T. T., Toso, B. R. G. O., & Vieira, C. S. (2014). História da Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev. Bras. Enferm*, 67(6), 1000-1007. doi: 10.1590/0034-7167.2014670620
- Arraes, J. (30 de outubro de 2013) Uma breve reflexão sobre o papel político da Psicologia. *Fórum*. Recuperado em 20 junho de: <http://www.revistaforum.com.br/2013/10/30/uma-breve-reflexao-sobre-o-papel-politico-da-psicologia/>
- Ávila, S. & Rossi, M. P. (2010) Maria, Maria João, João: Reflexões sobre a transexperiência masculina. *Fazendo Gênero 9 Diásporas, Diversidades, Deslocamentos* 23 a 26 de agosto de 2010. Recuperado de: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278255349_ARQUIVO_Maria,MariaJoao,Joao040721010.pdf
- Azevedo, A. L. M. & Costa, A. M. (2010). A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*. 14(35), 797-810
- Azevedo, M. L. N. (2013). Igualdade e equidade: qual é a medida da justiça social?. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)*, 18(1), 129-150. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-40772013000100008>

- Assis, M. M. A., & Jesus, W. L.A. (2012). Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(11). 2865-2875. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002
- Baptista, L. P. (2014). Justiça, Liberdade e Igualdade no Pensamento Político Moderno. *Rev. de Filosofia Moderna e Contemporânea*. 2(2). 62-69. Recuperado de <http://periodicos.unb.br/index.php/fmc/article/view/11829/10816>.
- Barbero, G. H. (2011) A despatologização da orientação sexual: O papel da Resolução 01/99 e o enfrentamento da homofobia. In Conselho Regional de Psicologia/SP. *Psicologia e Diversidade Sexual. Cadernos temáticos (11)*. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). CRPSP. (pp. 60-68) São Paulo, SP.
- Barros, F. P. C. & Sousa, M. F. (2016). Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde e Sociedade*, 25(1), 9-18. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
- Barros, J. D. (2007). Igualdade – trajetórias de uma noção no pensamento e no imaginário político. *Revista de Filosofia Aurora*. 19(24), 147-175. <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/rf?dd1=1531&dd99=view&dd98=pb>.
- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2655-2664. doi: 10.1590/S1413-81232012001000015
- Bento, B. & Pelúcio, L. (2012). Vivências trans: desafios, dissidências e conformações - apresentação. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 485-488. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200009>
- Bittencourt, D. Fonseca, V. & M. Segundo (2014) Acesso da população LGBT moradora de favelas aos serviços públicos de Saúde: entraves, silêncios e perspectivas. *Conexão Psi*, 2(2), 60-85. Recuperado em Janeiro 7, 2016, de: <http://promundo.org.br/recursos/acesso-da-populacao-lgbt-moradora-de-favelas-aos-servicos-publicos-de-saude-entraves-silencios-e-perspectivas/>
- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In A. M. B. Bock. (Org.), *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Borba, R. & Ostermann, A. C. (2008). Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. *Revista Estudos Feministas*, 16(2), 409-432. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2008000200006>
- Borrillo, D. (2010). *Homofobia: história e crítica de um preconceito*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Brasil (1988) *Constituição Federal de 1988*. Recuperado em Fevereiro, 18, 2016, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil (1990) Lei nº. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm.

- Brasil. (1997). *Parâmetros curriculares nacionais: pluralidade cultural, orientação sexual*. Secretaria de Educação Fundamental, Brasília.
- Brasil. (2003). *HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização: documentos para discussão*. Versão preliminar. Série B: textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 22 de março de 2015, de: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>
- Brasil. (2007). *Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2009a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Brasil (2009b). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Série B: textos básicos de Saúde. Série: Pactos pela Saúde, v.9, Brasília, DF.
- Brasil. (2011a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Brasília-DF. Acedido em Fevereiro 20, 2015, em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf
- Brasil (2011b) **Resolução nº 5, de 15 de março de 2011**. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia*. Diário Oficial da União, Brasília, 16 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19 Retirado de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991.
- Brasil. (2012). *Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde Todos usam o SUS na Seguridade Social Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro Série C*. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF.
- Brasil. (2013b). *Políticas de Promoção da Equidade em Saúde*. Ministério da Saúde, Brasília, DF
- Brasil. (2013c). *Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil em 2012*. Secretaria de Direitos Humanos, Brasília. Disponível em <http://www.sdh.gov.br/assuntos/lgbt/pdf/relatorio-violencia-homofobica-ano-2012>
- Brasil. (2013a). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2016). *Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013*. Secretaria Especial de Direitos Humanos do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, DF.

- Cardoso, M. R., & Ferro, L. P. (2012). Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol. cienc. prof.*, 32(3), 552-563. doi: 10.1590/S1414-98932012000300003
- Cardoso, C. G. & Hennington, E. A. (2011). Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(Suppl. 1), 85-112. <https://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462011000400005>
- Carvalho, M., & Carrara, S. (2013). Em direção a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. *Sex., Salud Soc.*, 14, 319-351. doi: 10.1590/S1984-64872013000200015
- Cecílio, L. C. O. (2009). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em Saúde. In: Pinheiro, R. Mattos, R. A. (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 117-130), Rio de Janeiro: UERJ, CEPESC, ABRASCO.
- Coelho, I. B. (2010). Democracia sem equidade: Um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do sistema único de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 171-183. doi: 10.1590/S1413-81232010000100023
- Conselho Federal de Psicologia(2005) *Resolução nº 010/05 de 21 de julho de 2005*. (2005, 21 de julho). Aprova o código de ética profissional do psicólogo. Brasília, DF.
- Constituição da República Federativa do Brasil (1988). (1988). Brasília: Senado.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Cunha, A. B. O. & Vieira-da-Silva, L. M. (2010). Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(4), 725-737. Acedido em Abril, 6, 2015 em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
- Dennert, G. (2010). Barriers to optimal mental health care for lesbian, bisexual, gay, and transgender clients in Europe. *European Congress of Psychiatry*, 25(1), 135.
- Duarte, C. M. R. (2000). Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 443-463. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200016>
- Duarte, M. J. O. (2011). Diversidade Sexual e política nacional de saúde mental. *Em pauta*, 9(28), 83-101. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/2935/2099>
- Duarte, M. J. O. (2014). Diversidade sexual, políticas públicas e direitos humanos: saúde e cidadania lgbt em cena. *Temporalis*, 14(27), 77-98. Disponível em <http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/viewFile/7209/5837>

- Escorel, S. Nascimento, D. R. & Edler, F. C. (2005) As origens da reforma sanitária e do SUS In. Lima, N. T.; Gerschman, & Edler, F. Coelho: **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, p.59-81
- Facchini, R. (2003). Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. *Cad AEL*, 10(18-19). 81-125. Disponível em http://www.al.sp.gov.br/repositorio/bibliotecaDigital/20788_arquivo.pdf
- Fébole, D. S. (2017). *A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá. Departamento de Psicologia. Maringá, PR.
- Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP* 9(1), 70-82. Disponível em <http://www2new.assis.unesp.br/index.php/revista/article/view/166/215>
- Foucault, M. (1988). *A história da sexualidade I: a vontade de saber*. (Albuquerque, M. T. C. & Albuquerque, J. A. G., Trad.) (19a ed.). São Paulo, SP: Paz e Terra.
- Foucault, M. (2008) *A Arqueologia do Saber*. (Neves, L. F. B., Trad.) (7 ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Fiker, R. (1984). Do mito original ao mito ideológico: alguns percursos. *Trans/Form/Ação*, 7, 09-19. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-31731984000100002>
- Figueiredo, A. R., & Abreu, T. (2015). Suicide Among Lgbt Individuals. *European Psychiatry*, 30(1), 28–31.
- Figueiro, A. R. & Silva, M. E. (2011). A construção de um projeto ético-político na Psicologia: um desafio para a profissão. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología Del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Argentina, 15-18.
- Freire, C.C., & Carneiro, A. Um olhar de gênero na epidemia da aids: quebrando silêncios. In: *Anais, Fazendo Gênero 9: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*. Florianópolis: UFSC. Disponível em http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278159296_ARQUIVO_TrabalhoCompleto.pdf
- Garcia, F. G., Batista, D. S. & Santos, M. C. (2016) A Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil. *Revista Científica do Instituto Ideia*.(1) p. 117-132. Retirado de: http://www.revistaideario.com.br/pdf/desm/7N.01.2016/7n.01.2016_117.politica_nacional_de_saude.pdf
- Garbois, J. A., Vargas, L. A. & Cunha, F. T. S. (2008). O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 27-44. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312008000100003>

- Gergen, K. & Gergen, M. (2010). *Construcionismo Social: um convite ao diálogo*. Tradução Gabriel Fairman. Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Giovanella, L. & Fleury, S. (1996) Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In Eibenschutz, C., (org). *Política de saúde: o público e o privado* [online]. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 312 p. ISBN: 85-85676-21-3. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>
- Grandesso, M. (2009) *Desenvolvimento em terapia familiar: das teorias às práticas e das práticas às teorias*. In Osório, L. C. & Valle, M. E. P. (orgs) Manual de Terapia Familiar. ArtMed: Porto Alegre. 104-118.
- Grisa, G. (2015) O Mito da Neutralidade. *Blog Obvious*. Recuperado em 02 de junho de: <http://lounge.obviousmag.org/augere/2015/06/o-mito-da-neutralidade.html>
- Grupo Gay da Bahia. (2015). *Assassinato de homossexuais (lgbt) no brasil: relatório 2014 grupo gay da Bahia*. Recuperado em 25 abril 2015 de : <https://homofobiamata.files.wordpress.com/2015/01/relatc3b3rio-2014s.pdf>
- Ibañez, E. (2001). *Municiones para disidentes: realidade-verdad-política*. Madrid: Editorial Gedisa.
- Japiassu, H. (1975) *O Mito da Neutralidade Científica*. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora
- Jara, P. O. (2003). Aproximación al mito. *Atenea (Concepción)*, (487), 93-101. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-04622003048700007>
- Jesus, W. L. A. & Assis, M. M. A. (2010). Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), 161-170. Acedido em Maio 21, 2016, em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>
- Lau, H. D. (2017). Será que toda “mona”, fala “biches”? A questão da linguagem e identidade da comunidade LGBT. *Temática*. 13(3), 160-174. Recuperado de <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/tematica>
- Lei nº8.080/90 de 19 de setembro de 1990 (1990, 19 de setembro). Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, à organização e o financiamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Lei nº 9.276/96 de 9 de maio de 1996. (1996, 9 de maio). Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 1996/1999 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.
- Lei nº 9.989 de 21 de julho de 2004. (2004, 21 de julho). Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período de 2000/2003. Diário Oficial da União, Brasília.
- Lei nº 12.593/12 de 18 de janeiro de 2012. (2012, 18 de janeiro). Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. Diário Oficial da União, Brasília.

- Lewis, E. S. (2012) “*Eu quero meu direito como bissexual*”: *A marginalização discursiva da diversidade sexual dentro do movimento LGBT e propostas para fomentar a sua aceitação*. III Simpósio Nacional Discurso, Identidade e Sociedade (III SIDIS): Dilemas e desafios na contemporaneidade. 14 a 16 de fevereiro de 2012. Campinas,SP. Recuperado de: <http://www.iel.unicamp.br/sidis/anais/index.html>
- Liebert, M. A. (2013). Sexual Orientation and Gender Identity Data Collection in Clinical Settings and in Electronic Health Records: A Key to Ending LGBT Health Disparities. *LGBT Health*, 1(1): 34-41. doi:10.1089/lgbt.2013.0001
- Lima, M. D. A., Souza, A. S. & Dantas, M. F. (2016). Os Desafios à garantia de direitos da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista Interfaces Saúde, Humanas e Tecnologia*. 3(11), p. 119-125. Recuperado de <http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/315>
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>
- Lionço, T. & Diniz, D. (2009) Qual a diversidade sexual dos livros didáticos brasileiros? In Lionço, T & Diniz, D. (orgs) *Homofobia e Educação: um desafio ao silêncio*. (pp. 9-13). Brasília: Editora UNB.
- Lira, A. N., Morais, N. A. & Boris, G. D. J. B. (2016). (In)Visibilidade da Vivência Homoparental Feminina: entre Preconceitos e Superações. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 20-33. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000152014>
- Louro, G. L.(2004). *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Loutro (2011). Educação e docência: diversidade, gênero e sexualidade. *Rev. Formação Docente*, 3(4) jan-jul, 62-70. Recuperado de <http://formacaodocente.autenticaeditora.com.br/artigo/exibir/9/30/1>
- Maciel, E. (2014, 21 de novembro). A cada hora 1 gay sofre violência no Brasil: denúncias crescem 460%. *Estadão*. Disponível em <http://brasil.estadao.com.br/noticias/geral,a-cada-hora-1-gay-sofre-violencia-no-brasil-denuncias-crescem-460,1595752>
- Maranhão Filho, E. M. A (2012). “Inclusão” de travestis e transexuais através do nome social e mudança de prenome: diálogos iniciais com Karen Schwach e outras fontes. *Oralidades*, 6(11) 89-116. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/oralidades/article/view/107302>
- Mattos, R. A. (2006) Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. & R. A. Mattos (orgs). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (8 ed). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO. Disponível em: <http://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/Livro-completo.pdf>

- Mattos, R. A. (2009). Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13(Suppl. 1), 771-780. doi: 10.1590/S1414-32832009000500028
- Mendes, E. V. (2015) A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS*. Brasília-DF. Acedido em Maio 23, 2016, em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.
- Mello, L. (2006). Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil. *Revista Estudos Feministas*, 14(2), 497-508. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2006000200010>
- Mello, L; Brito, W. & Maroja, D. (2012) Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cad. Pagu**, Campinas , n. 39, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332012000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 mar. 2015
- Mello, L. & Gonçalves, E. (2010) Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas em saúde. *Cronos*. 11(2), p. 163-173. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157>. Acedido em Abril 15, 2017.
- Mello, L., Perilo, M., Braz, A. A., & Pedrosa, C. (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 9, 7-28. doi: 10.1590/S1984-64872011000400002
- Mello, L., Avelar, R. B., & Maroja, D. (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Sociedade e Estado*, 27(2), 289-312. doi:10.1590/S0102-69922012000200005
- Miguel, L. F. (1998). Em Torno do Conceito de Mito Político. *Dados*, 41(3) <https://dx.doi.org/10.1590/S0011-52581998000300005>
- Minayo, M. C. S. (2009). Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: Njaine, K., Assis, S. G., & Constantino, P. (orgs). *Impactos da Violência na Saúde*. (pp. 21-42). EAD: FioCruz
- Misoczky, M. C; Camara, G. D; Cerqueira, P. R. & Coto, G. C. (2012). Orientação sexual, classes sociais e territórios de resistência: os conflitos em torno do Centro Nova Olaria – Porto Alegre. *Gestão e Sociedade*. 6(15), p. 254-279. Recuperado de: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/download/1643/1025>
- Moleiro, C & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex aequo*, (20), 159-172. Recuperado em 26 de junho de 2017, de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-55602009000200015&lng=pt&tlng=pt.
- Molina, L. P. P. (2011). A homossexualidade e a historiografia e trajetória do movimento homossexual. *Antíteses*, 4(8), 949-962. doi: 10.5433/1984-3356.2011v4n8p949

- 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, FFCLPR (Departamento de Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Moscheta, M. S., & Santos, M. A. (no prelo) *O nome que habito: A opressão na recusa do uso do nome social de travestis em serviços de saúde*.
- Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In Guanaes-Lorenzi, C.; Moscheta M. S.; Corradi-Webster, C. M. & Souza, L. V. (Org.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*. (pp. 23-48). Rio de Janeiro: Instituto Noos.
- Mott, L. A. (2001). Revolução homossexual: o poder de um mito. *Revista USP*, 49, 40-59. Disponível em <http://www.usp.br/revistausp/49/04-luizmott.pdf>
- Muller, M. I. & Knauth, D. R. (2008). Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'!. *Cadernos EBAPE.BR*, 6(2), 01-14. <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-39512008000200002>
- Nonnenmacher, C. L. Weiller, T. H., & Oliveira, S. G. (2011). Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do sus na obtenção de um direito. *Ciência Cuidado e Saúde*, 10(2), 248-255. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v10i2.10106
- Oliveira, G. C. D. (2010). Construção, negociação e desconstrução de identidades: do movimento homossexual ao LGBT. *Cadernos Pagu*, (34), 373-381. doi: 10.1590/S0104-83332010000100015
- Organização Mundial da Saúde. (2011). *Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Author
- Paim, J.S., & Vieira, L. M. S. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, 12(2), 109-114
- Paiva, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- Paulino, D. B. (2016). *Discursos sobre o acesso e a Qualidade da Atenção Integral à Saúde da População LGBT entre médicos(as) da Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia/MG.
- Pereira, A. J., & Nichiata, L. Y. I. (2011). A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3249-3257. doi: 10.1590/S1413-81232011000800024
- Peres, W. S. (2008, 25 a 28 de agosto). Travestis: corpo, cuidado de si e cidadania. *Fazendo Gênero 8 – Corpo, Violência e Poder*. Florianópolis, SC.

- Pinheiro, O. G. (2013) *Entrevista: uma prática discursiva*. In *Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 156-187. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro. Edição virtual, recuperado de <http://maryjanepink.blogspot.com.br/2013/11/versao-virtual-do-livro-praticas.html>. Acedido em Novembro, 11, 2015.
- Pontes, A. P. M. Cesso, R. G. D., Oliveira, D. C. & Gomes, A. M. T. (2010). Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Enferm*, 63(4), 574-580. doi: 10.1590/S0034-71672010000400012.
- Pontes, A. P. M. Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2014). Os princípios do sistema único de saúde estudados a partir da análise de similitude. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(1). 59-67. doi: 10.1590/0104-1169.2925.2395
- Portaria nº 1.060 (2002, 5 de junho). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Diário Oficial da União. Brasília – DF.
- Portaria nº 1.820 (2009, 13 de agosto). Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Diário Oficial da União. Brasília – DF. Recuperado de <http://www.incor.usp.br/news/ms-1820-09/MS-1820-09.pdf>. Acedido em Janeiro 20, 2017.
- Portaria nº 2.528. (2006, 19 de outubro). Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União. Brasília – DF.
- Portaria nº 1.944 (2009, 27 de agosto). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União. Brasília – DF.
- Portaria no 2.803 (2013, 19 de Novembro). Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União No 226, de 21 de Novembro de 2013. Brasília – DF.
- Portaria nº 2.836 (2011, 1 de dezembro). 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). Diário Oficial da União. Brasília – DF.
- Postinho, L., Sobrinho, M. A., & Junior, E. (2010). *Projeto de Lei número 11.695/ 2010, de 2010*. Institui o Projeto Escola sem Homofobia. Disponível em: <http://www.cmm.pr.gov.br>.
- Prado, M. A., & Machado, F. V. (2008). *Preconceito contra homossexualidades: A hierarquia da invisibilidade*. São Paulo, SP: Cortez.
- Programa Nacional de DST e AIDS. (2007). *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis*. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_epidemia_aids_hsh.pdf

- Przemyslaw, R. (1982). O mito da neutralidade revisitado. *Arquivos Brasileiros De Psicologia*, 34(3), 109-110. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18815/17557>
- Rasera, E. F. Teixeira, F. B. & Rocha, R. M G. (2014) Construcionismo Social, comunidade e sexualidade: trabalhando com travestis. In. Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S., Corradi-Webster, C. L. & Souza, L. V. (orgs) *Construcionismo Social: Discurso, prática e produção do conhecimento*. (pp.288-301) Rio de Janeiro. Instituto NOOS.
- Ravassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 20(supl. 2). S190-S198. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800014
- Resolução nº 01 de 22 de março de 1999 (1999, 22 de março). Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília, DF.
- Resolução nº 12 de 16 de janeiro de 2015 (2015, 16 de janeiro). Estabelece parâmetros para a garantia das condições de acesso e permanência de pessoas travestis e transexuais - e todas aquelas que tenham sua identidade de gênero não reconhecida em diferentes espaços sociais – nos sistemas e instituições de ensino, formulando orientações quanto ao reconhecimento institucional da identidade de gênero e sua operacionalização. *Secretaria de Direitos Humanos*. Brasília, DF.
- Ribeiro, C. D. (2015). Justiça social e equidade em saúde: uma abordagem centrada nos funcionamentos. *Saúde e Sociedade*, 24(4), 1109-1118. doi: 10.1590/S0104-12902015137819
- Rivera, C. V. (2011). Los mitos en la terapia familiar. *Rev. Sistemas Familiares*, 17.
- Rocha E.P.G. (1988) O labirinto dos mitos. In: Rocha EPG.D que é mito. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense
- Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., Sanchez, J. (2009). Family Rejection as a Predictor of Negative Health Outcomes in White and Latino Lesbian, Gay, and Bisexual Young Adults. *Pediatrics*, 123(1). Recuperado em 25 novembro de 2016 de http://pediatrics.aappublications.org/content/123/1/346?sso=1&sso_redirect_count=1&nfstatus=401&nftoken=00000000-0000-0000-0000-000000000000&nfstatusdescription=ERROR%3a+No+local+token
- Salgado. R. (s/d). História do Movimento LGBT. *Agentes da Cidadania LGBT*. Disponível em http://www.cepac.org.br/agentesdacidadania/?page_id=185
- Sanchez, R. M. & Ciconelli, R. M. (2012). Conceitos de acesso à saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 260-268. <https://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000300012>

- Sancho, L. G., & Silva, N. E. K. (2013). Descortinando o acesso aos serviços de saúde na perspectiva da interdisciplinaridade: debate de ideias. *Physis*, 23(2). 371-391 doi: 10.1590/S0103-73312013000200004
- Santos, B. S. (2008). *Um discurso sobre as ciências*. (5a ed). São Paulo: Cortez.
- Santos, B. S. (2001). Seis razões para pensar. In Rodrigues, L. M.; Santos, B. S., Brandão, G. M., & Vianna, L. J. W. (orgs). Por que pensar?. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (54), 13-23. Recuperado em 18 de julho 2017 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452001000300003&lng=en&tlng=pt.
- Santos, M. F. (2014). Concepções de mito e relações com a saúde. *Bol. Mus. Int. de Roraima*, 8(2), 53-60. Recuperado de <http://uerr.edu.br/bolmirr/wp-content/uploads/2014/12/BOLMIRR-v82-Santos.pdf>
- Sarreta, F. O. (2009). *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS*. [online]. Disponível em: www.fenas.org.br/downloads.aspx?id=21&ext=PDF
- Scott, J. (2005). O enigma da igualdade. *Estudos Feministas*, 13(1), 11. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2005000100002>
- Silva, L. V., & Barbosa, B. R. S. N. (2014). Suicídio ou Assassinato? Um outro crime por trás da prática homofóbica. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, 2, 58-78. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ged/article/view/20346/11681>
- Soares, Milene, Feijó, Marianne Ramos, Valério, Nelson Iguimar, Siquieri, Carmem Lúcia dos Santos Maia, & Pinto, Maria Jaqueline Coelho. (2011). O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(48), 83-92. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2011000100010>
- Souza, B. M. B., Vasconcelos, C. C., Lucena, M. G. A., & Holanda, R. L. T. (2010). A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. *JMPHC*, 1(1), 23-26 disponível em <http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/5/6>
- Souza, R. R.(2007). Políticas e Práticas de Saúde e Equidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 41(Esp): 765-770. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea03.pdf>
- Souza, M. H. T., 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. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013>
- Spink, M. J. & Frezza, R. M. (2013) Práticas Discursivas e Produção de Sentido: a perspectiva da psicologia social. In Spink, M. J. (org). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. (pp. 1-21). Edição Virtual, Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.

- Teixeira Filho, F. S. (2011). Homofobia e sua relação com as práticas “psi”. In Conselho Regional de Psicologia/SP. *Psicologia e Diversidade Sexual. Cadernos temáticos (11)*. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (org.). CRPSP. (pp. 33-40) São Paulo, SP.
- Terto Júnior., V. (2002). Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. *Horizontes Antropológicos*, 8(17), 147-158. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000100008>
- Toledo, L. G. & Pinafi, T. (2012). A clínica psicológica e o público LGBT. *Psicologia Clínica*, 24(1), 137-163. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652012000100010>
- Travassos, C., & Martins, M. (2004). Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(Suppl. 2), S190-S198. Acedido em Março, 15, 2015, em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>
- Tussi, F. P. (2006). Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. *Horizontes Antropológicos*, 12(26), 323-327. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832006000200016>
- Viana, A. L. A, Fausto, M. C. R. & Lima, L. D. (2003). Política de saúde e equidade. *São Paulo em Perspectiva*, 17(1), 58-68. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392003000100007>
- Yamamoto, O. H.. (2012). 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político?. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 6-17. <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500002>
- Zanardo, B. V. F. & Andrade, S. M O. (2013). Reflexões sobre as diversidades sexuais na saúde: uma revisão de literatura. *Pitágoras* 4(4). P. 1-12. Recuperado de <<http://faculadefinan.com.br/pitagoras/downloads/numero4/reflexoes-sobre-as.pdf>> Acedido em Dezembro 20, 2016.

ANEXO A

Entrevistas individuais semiestruturadas

(Gerentes das Unidades Básicas de Saúde, profissionais das Equipes de Saúde da Família)

1. Qual o conceito de acesso que norteia seu trabalho na Unidade de Saúde?
2. Como as ações e serviços de saúde dirigidos a população LGBT são organizadas na sua Unidade de Saúde?
3. Quais são as principais demandas de saúde da população LGBT para sua equipe?
4. Quais as demandas que os Agentes Comunitários de Saúde trazem para a Unidade Básica vindas da população LGBT?
5. Você acredita que a população LGBT tem dificuldade para acessar o serviço de saúde? Por quê?
6. O que na sua unidade favorece que a população LGBT busque o serviço de saúde?
7. Quando alguém do segmento LGBT acessa o seu serviço de saúde ele(a) é bem atendido(a)? Por quê?
8. Como avalia a forma e a qualidade das ações e serviços ofertados a população LGBT pelas UBSF, e pelo sistema municipal de saúde?
9. Como tem sido a relação entre as UBSF com os demais pontos da rede de atenção integral à saúde da população LGBT?
10. Qual sua opinião sobre as condições de saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais?
11. Como você avalia a implantação e a institucionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da população LGBT em sua unidade e no município?
12. Em algum momento de sua formação você recebeu capacitação/informação sobre a atenção em saúde para a população LGBT?

ANEXO B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: Análise do acesso e da qualidade da atenção Integral à saúde da população LGBT no SUS, a ser realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública/NESP/CEAM/UnB, em rede de parceiros com a FIOCRUZ/PE, as Universidades Federais da Paraíba, Piauí, Uberlândia, Universidade de São Paulo, Universidades Estaduais de Maringá e do Rio de Janeiro, financiada pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP) da Secretaria de Gestão estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS).

O objetivo da pesquisa é analisar o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer deste procedimento e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

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

Informamos que você pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Ministério da Saúde (MS) e na Universidade de Brasília (UnB) e demais instituições parceiras, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados ficarão sobre a guarda da pesquisadora responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, no período de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00, ou ainda com a Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3340-6863, no horário das 8 às 12 e das 14 às 18h.

Nome do participante / assinatura

Nome pesquisador / assinatura

_____, ____ de _____ de _____

APÊNDICE I

TRECHOS SELECIONADOS

Mito da Igualdade

Diferenças que não importam...

Entrevistadora: [...] Quais as principais demandas de saúde da população LGBT pra sua equipe?. No caso, você é o psicólogo da UBS, aqui na UBS, fale sobre a demanda espontânea.

Petrus: Hmmm... ela faz parte da demanda de toda a população, não existe uma, assim, pra demanda que chega pra gente não... a pessoa vem com todas as características de outra pessoa que é pressão, digamos, que é o que é a maioria. E não há nada mais direcionado, né. [...].

Entrevistadora: “Bom, assim, pra ter uma visão, um parâmetro, eu queria saber se você costuma atender essa população aqui”

Pérola: “Atendo. E desde o início, sempre me procuraram”

Entrevistadora: “E o fluxo, assim, é grande?”

Pérola: “[...] O fluxo, ele é normal, mesmo que acontece com aqueles que vêm por encaminhamento, é o mesmo pra população LGBT. É o mesmo fluxo, então assim, eles vêm conforme a demanda deles, eles procuram a unidade. Fazemos o atendimento da primeira consulta e se for necessário atendimento psicológico eles fazem o atendimento, né. Eu penso assim, não considero tão grande e nem muito pequena. Não há uma procura muito grande, até por conta, que eles procuram o atendimento psicológico por conta de outras coisas e condições mentais que vem acontecendo na vida de todo mundo, não só da população “LGTB”, né. Eu vejo normal assim, nem grande nem pequena..”

Entrevistadora: [...] tem alguma ação ou algo que poderia ser implementada que os convidasse a vir até aqui de uma forma que os deixasse mais à vontade?

Pilar: Hoje não temos uma ação específica, mas se ações específicas seriam possíveis? Eu acredito que seriam possíveis, eu só tenho uma preocupação no sentido assim de você ficar especificando muito, por exemplo, a gente tem a saúde do homem, quando tem campanha pra saúde do homem é aberta a toda a população, as ACS convidam todo mundo, então, que poderiam estar vindo, não tem impedimento. Eu acredito em uma coisa mais generalizada, do que você ficar fechando, você dar uma condição específica é fechar muito, fazendo com que isso fique muito só entre eles e é uma coisa que a gente tem que abrir mais, assim como tem as campanhas de prevenção contra o câncer de colo do útero, de mama, então assim toda a população é convidada, as mulheres também poderiam estar vindo, porque elas não tem só as demandas, que fica muito parecendo uma demanda ligada a sexualidade, elas também tem essas outras questões que precisam ser cuidadas. Enfim, elas podem estar vindo também nessas campanhas né..

Paulina: Olha, hoje eu particularmente não sou adepta de segmentar, falar “esse serviço é para essa população” porque o serviço é para todos, é igual. Então eu questiono um pouco essa questão de começar, pegando a palestra que a gente teve né e daí é uma posição minha, pessoal, a internação dos travestis na ala feminina, que é o que vem do ministério agora, se ele pedir a ala feminina no hospital pelo SUS ele vai ser internado. E daí nós levantamos o questionamento e aquela vozinha lá de 70 anos que não entra muito na cabeça né?! Essa questão de estar internado com um homem. E no debate do ministério foi dito que a pessoa se sente como uma mulher, eu até entendo isso, mas a velinha de 70 anos não consegue entender. Então assim, eu acho que tem algumas coisas que precisam ser construídas e não determinadas.

Entrevistadora: Você acha que falta a construção?

Paulina: Isso, a construção antes de ir para a lei e acabou. É uma construção. Eu acredito que se eu trabalhasse dentro de um hospital eu teria alguns cuidados, por exemplo, não internaria um travesti com uma senhorinha, eu pegaria outro quarto com uma mulher mais jovem, devido a construção mesmo porque a gente não muda a ideia da sociedade assim de uma hora para outra. Por essa razão eu não concordo muito com leis específicas para grupos específicos, independente de qual grupo seja, como cotas para negros. Eu acho que todo mundo é igual e nós temos que aprender a tratar todo mundo igual...

Diferenças que importam ..

Entrevistadora: Você conhece a Política Nacional (de saúde LGBT)?

Poliana: [...] O que a [nome] tinha me falado quando foi para eu participar da política, a preocupação lá do ambulatório é que tem aumentado né os casos de HIV e tudo, e esta população ela é um pouco mais vulnerável, pois sai mais para a noite, acaba bebendo, neste sentido da gente trabalhar mais.....Não tanto gays e lésbicas, mais o pessoal transexual travesti, então eu sei que existe uma preocupação do ministério da saúde né com esta população né, existe um investimento maior agora né?

Entrevistadora: “Qual sua opinião sobre as condições de saúde da população LGBT, como eles chegam até a instituição?”

Paulina: “Bom, os que chegam para mim na psicologia sempre com uma saúde geral boa, com boas orientações em termos de prevenções, de doenças sexualmente transmissíveis e até mesmo de outros aspectos da saúde em geral, porque a nossa população é um pouco mais elitizada, né?! Não é um bairro carente.”

Entrevistadora: Como as ações e serviços de saúde dirigidos à população lésbicas, gays, bissexual ... são organizadas na Unidade?

Pietra: Assim, específico, direcionado Eu lembro que só uma vez .. é...quando tinha uma equipe, a “equipe x”, isso alguns anos atrás. Elas sempre faziam um trabalho, né, na época que tava se aproximando do carnaval. Só que aí não é voltado só pra essa população, mas também incluía .

Equidade e a Política de Saúde LGBT

Entrevistadora: Você acredita que a população LGBT tem alguma dificuldade de acesso a saúde?

Pilar: Eu acredito que tenha porque não é só essa população que tem dificuldade de acesso, todo o SUS ele precisa melhorar essa questão do acesso, então eu acredito que tenha sim, mas é.. tem gente que consegue mais, depende assim da pessoa e tal, mas tem que melhorar, sem dúvida o acesso tem que melhorar, mas eu acredito que seja como qualquer outro caso.

Pilar: “facilitar esse atendimento para qualquer indivíduo, para qualquer pessoa que esteja com sofrimento né, então que ele chegue a unidade, que ele seja acolhido por um profissional, esse profissional vai verificar qual a necessidade dele e fazer os encaminhamentos”

E assim, como você avalia hoje a saúde desta população? De forma geral.

Pérola: Vou ser sincera com você, tive pouco contato, assim, da saúde no geral. É, tipo, assim, eu acredito, espero que eles estejam recebendo atendimento. No mês passado a gente teve o Outubro Rosa, né. Eu espero que tanto a população lésbica também tenha sido convidada para fazer o preventivo, né. Eu acredito que as ACS, como elas passam nas casas, fazendo convite, isso não há diferença, acho que inclui. Esse mês é saúde do homem, eu espero que, né. Agora assim, como é que é, como está o atendimento, eu não sei te falar, por conta que assim, não tem nenhum programa específico. Nós temos pra diabetes, pra gestantes, pra fumantes, pra idosos, mas você não vai ver um programa pra população “LGTB” “LGBT”, eu sempre troco a última sigla.

Entrevistadora: [...o] que você achou dessa entrevista, desse trabalho que o Ministério da Saúde tá fazendo, essa política que foi lançada pra tentar melhorar a qualidade de acesso dessa população..?

Pietra: Eu acho que é importantíssimo esse trabalho né pra que essa população possa ter um acesso como qualquer outra pessoa Eu acho, é mais algo pra trabalhar nós, profissionais ..nossos conceitos e pré-conceitos.... A gente precisa muito disso, que tem toda uma questão de tabu aí, até na educação, daí a gente passa isso pros filhos né, vai multiplicando. Na reunião que a gente tem de redes de atenção, a área da educação a gente acaba precisa trabalhar, porque senão a gente, ao invés de ajudar a gente acaba fazendo ... reforçando né, um julgamento, os pré-conceitos. Precisa fazer um trabalho urgente. Eu não sei se assim, na minha forma, pouco conhecimento, quer dizer, quase nada, de conhecimento que eu tenho, mas assim, se a gente também trabalha, não precisa trabalhar diferenciado, senão daí é mais uma forma de discriminação né: “Ah, tem que ver um atendimento diferenciado pra essa clientela”. Não né! O que tem que mudar é a nossa visão né. São os nossos preconceitos e, enfim, é isso que tem que mudar pra poder ver que eles são como qualquer uma outra (pessoa)... né. A gente tem que, acho que quebrar isso, na minha opinião. E não oferecer um atendimento diferenciado, porque senão é reforçar “Ah, eles são diferentes então então eu tenho que atender diferentes”, aí é reforçar preconceitos.

Mito da Formação Específica

Alguns efeitos da ausência da boa formação

Entrevistadora: [.....]., como você avalia esse tipo de pesquisa que a gente está fazendo?

Patrik: Ah eu acho fundamental, né. Acho que qualquer tipo de preconceito é desnecessário. A pessoa não vem procurar, pelo menos a informação que eu tenho, a pessoa chegar a não procurar um atendimento médico numa rede de saúde, porque se sente mal, não se sente bem recebida, é uma crueldade, né. Eu acho terrível. Então, qualquer trabalho que vem combater isso e transformar esses preconceitos em uma outra coisa, capacidade de acolhimento né, conseguir ver essa situação, não como sendo algo a ser praticado, acho que veio em boa hora. Finalmente ta chegando isso.

Entrevistadora: Então tá. Você tem alguma coisa pra acrescentar?

Patrik: Eu acho que, até, assim, como profissional seria bom ter essa experiência, atender pessoas que trazem esse tipo de situação. Porque, assim, você escuta quem vem, né, pessoas que trazem uma orientação sexual, tem uma problemática lá da ansiedade, da depressão, né. Mas não associado a um conflito de gênero. Não ta relacionado a questão do preconceito, né. Acho que seria uma coisa para o profissional estudar isso daí. Bom.

Entrevistadora: Você acha, assim, que a unidade [...] favorece a população LGBT, no sentido assim, de acolher bem, de receber, de alguma forma tentar atender as necessidades que eles trazem, quando procuram o serviço?

Pietra: Olha ... Eu penso que nós, profissionais, a gente tinha que ser mais, assim, preparados, que tem muito, né, preconceito, a discriminação, o tabu né... Então, precisa ser feito um trabalho com os profissionais. Não que eu falo que eles, que a gente discrimina, mas assim, talvez não tá... talvez não, NÃO está preparado para acolher

Entrevistadora: Você acredita que esta população LGBT tem dificuldade em acessar o serviço de saúde?

Poliana: Então....se eles tiverem é mais por uma questão deles eu penso, porque até a questão do nome social que anda sendo discutido, a gente fez reunião aqui na unidade. A [nome de outra profissional] participou da reunião geral, foi falado para todos os funcionários, a gente teve uma reunião na secretaria, que veio uma profissional de fora falar de como a gente tem que atender, de como tem que estar aberto para todos, que apesar de ter ainda muito preconceito, porque existe, a gente não pode dizer que não existe, mas que nós enquanto profissionais de saúde temos que estar aberto, temos que estar atentos por exemplo quando vier uma travesti, vai chamar pelo nome que ela se senti melhor. Então eu acho que a equipe ela está preparada para receber. Se a pessoa não vier, eu acho que é mais por uma questão histórica até de... ou já teve uma experiência ruim, e aí não quer vir né? Ou alguém olhou torto. Mas assim penso mais nas travestis, que tem esta questão de vir...a gente já percebe que é travesti. Agora quem é gay ou lésbica e tal eu percebo assim frequentando o posto naturalmente, normalmente. Então acho que existe já uma abertura maior só se a pessoa não quiser né? Que talvez é uma coisa mais a longo prazo, e isto vai mudando né, penso euque é uma questão histórica mesmo. Hoje está discutindo mais isto, você vê que a televisão aborda mais as novelas; sempre tem uma novela que aborda a questão da homossexualidade ou mesmo da questão de ser travesti né? Do respeito que agente tem que ter pelo outro né? Então eu acho que hoje está bem melhor, porque eu estou no serviço já faz 26 anos. Então do início de quando eu comecei trabalhar para hoje, acho que hoje é bem melhor para esta clientela.

Saberes, especificidades e o mito da boa formação

Entrevistadora: Como que você avalia a forma e a qualidade dessas ações e serviços para essa população? Disso tudo que você me disse nas outras UBS e no serviço de saúde como um todo. Olhando com um olhar mais amplo, o serviço de saúde para essa população.

Paulina: Eu acho que tem que... por exemplo isso que você me falou da política né, então assim a gente não conhece a política ainda.. a gente precisa conhecer, então precisa melhorar, porque, por exemplo, esse ano a gente até teve uma palestra sobre diversidade na saúde, então, pra questão da transexualidade, por exemplo, é uma coisa que a gente não conhece, claro, quando chega um paciente você vai buscar para ver, então os profissionais precisam saber mais sobre a política em si, como que é, as ações o planejamento né. Tem um atendimento que ele é, esse acolhimento que é pra todos, independente, mas precisamos de algumas ações que são necessidades da população, por exemplo, nessa questão da transexualidade mesmo, então, que não é um dispositivo que a gente tem aqui né, é em Curitiba, então se o paciente é daqui como que fica, as coisas ainda não estão claras.

Entrevistadora: É, e como você avalia, né, a implantação e a institucionalização da política nacional de atenção integral à saúde da população LGBT na sua unidade e no município? Você, no caso, conhece essa política? Você acha que ela está sendo bem implantada?

Petrus: Primeiro que eu não conheço. E se eu não conheço eu posso garantir que noventa e tantos dos trabalhadores também não conhecem.

Entrevistadora: No caso aqui ou você tá dizendo de forma geral?

Petrus: No geral. Eu falo isso porque nós aqui temos, tínhamos ou temos um grupo que a gente faz algumas discussões de ponta, de ponta assim ... que a gente tenta se atualizar. Que eu tento me atualizar eu não conheço, né, no geral as pessoas não conhecem, com certeza. Eu até gostaria de saber, não sei, acho que é de 2011 [...]

Petrus: É, eu sei que é uma coisa recente, né, eu sei que existe de ouvir falar mas eu nunca li nada e nunca tive... mas ouvi falar nem aqui no serviço, em outros locais, em alguns momentos, na própria universidade as vezes, mas o serviço não tem noção disso, não sabe disso, com certeza.

Petrus: [...] as informações que tenho foi o contato com o Murilo que eu tive. Eu tive, eu li parte da tese dele, do doutorado dele, e foi assim aí que eu fui ter noção que existia uma política e tal e algumas informações, mas se eu não tivesse tido contado com o Murilo, por exemplo, eu não saberia nada disso. E como eu falei eu to antenado no sentido do SUS de algumas coisas que saem, das leis, né... então, mesmo assim, essa questão não chegou

Entrevistadora: Conhece? E o que você acha desse documento, não sei se você teve acesso pra avaliar. (Sobre a Política LGBT)

Pérola: Assim, eles colocam algumas diretrizes, inclusive, assim, de trabalho com a população, no sentido de diminuir o preconceito. Mas, assim, existe política, né. É muito bonito no papel. Como tudo, é muito bonito no papel, né. Só que assim, existe? Tem um trabalho com essa população? Eu não vejo. Tem outros programas, né, que estão abertos para todo mundo, programa pra homem, pra mulher. Mas existe uma forma de pensar nessa população, trazer ela realmente pro atendimento? Não existe. Se tem, eu acho que me informei mal [risos]. Óh, vamos mais longe? A Resolução do Conselho Federal de Psicologia a respeito dessa população é de 1999, não é? É mais ou menos nesse período, é mais velho. A gente têm profissionais em nossa área que trata de uma forma super preconceituosa. Você acha que essa política do governo, de 2010, ela está atuante? Se bem antes não conseguimos mudar a visão de muitos psicólogos, ainda.

Das responsabilidades referidas: quem deveria ensinar?

Entrevistadora: Em algum momento da sua formação, além dessa palestra que você teve sobre homofobia, você teve alguma outra capacitação específica à população LGBT?

Paulina: Não. Tem leituras, as vezes, algum curso que a gente faz e surge alguma coisa, mas específico não. Acho que essa palestra da homofobia foi a primeira que eu fui.

Entrevistadora: E você acha que é uma falha do ministério da saúde?

Paulina: Ai eu não sei te dizer isso, porque como eu falei eu acho que é geral, que não pode ficar segmentando. Essa palestra foi interessante até porque foi colocado algumas coisas que a gente não para pra pensar. Mas eu não diria uma falha do ministério, os serviços em geral deveriam se reunir, discutir as situações que aparecem e daí pesquisar né?! Enfim, porque um curso específico ele se perde, por exemplo, eu tive essa palestra de homofobia e um dia antes tive sobre a saúde do homem e tiveram dois psicólogos do ministério que vieram falar sobre a saúde do homem e eu achei eles maravilhosos e abordaram a questão da homossexualidade, do feminino no homem muito bem. E o tema era a saúde do homem. Então eu acho que tem que ser inserida essas questões.

Entrevistadora: Finalizando, qual você acha que seria o maior desafio para o atendimento a essa população?

Pilar: Eu acho que implementar a política, como eu citei o tabagismo, no começo tinha muita resistência, depois foi uma coisa que, os trabalhadores da saúde estão aqui para trabalhar em prol da saúde, então eles vão trabalhar, mas precisa começar de algum lugar e esse lugar é sempre da secretaria (de saúde), da política em si, então precisa de capacitação, de sistematizar o que vai ser feito ou não né, e os profissionais eles são muito criativos, quando.. eles conseguem né, então é isso, uma questão da implantação da política.

Entrevistadora: E tem algum facilitador, na UBS que você está? Tem algum trabalho específico?

Pérola: Não, não tem. Até assim, a gente sabe que existe pressupostos do Ministério da Saúde pra atendimento da população. Inclusive, assim, hoje eles falam de ações pra diminuir a discriminação, o preconceito da população em relação a eles. Eu nunca vi nenhuma ação nesse sentido. Vou ser bem sincera com você. Nunca vi nenhuma ação na unidade nesse sentido.

Entrevistadora: E capacitação, assim, ou curso de formação para os profissionais?

Pérola: Não tem. Nunca houve. Pelo menos, nunca me chamaram, se houve, eu fiquei de fora [risos] me largaram de fora. Então, assim, tem cursos que existe e a gente não fica sabendo. Mas eu não fiquei sabendo de nenhum nesse sentido. Se teve, me deixaram de fora.

Mito da Figura Caricatural

Descrições, estereótipos e normas: a diversidade estreitada

Entrevistadora: [...] E na sua opinião, é, sobre qual as condições da saúde da população LGBT?

Petrus: Pois é, eu não tenho ideia sobre isso. Porque toda política nacional, e que norteia nossa política, ela não se ouve falar nessa população, né. Então nós temos algum grupo que estão em evidência, né, e incluirão mais grupos como índios, negros que antigamente era mais por idade, criança, mulher, agora o homem, né. Então, alguns grupos foram incluídos recentemente como política pública, e essa população eu não tenho ideia, é quase como se ela não existisse.

Entrevistadora: Uhum, você acha que ela tá meio invisível ainda?

Petrus: Acho que é bastante invisível, inclusive é assim, não é comum a gente vê pessoas na comunidade, pelo menos com estereótipo. Se vê as vezes, mas não é comum, né. Por acaso, eu acho que ontem eu vi alguém, não sei qual serviço ela veio buscar, mas não é comum a gente ver, né. Inclusive nos meus atendimentos eu já atendi algumas pessoas mas não muitas, mas é, não é muito comum.

Petrus: ... “...essa população realmente, eu não lembro de participar, é como se ela não existisse, é impressionante isso. É como se aqui em Maringá só existisse... Eu tendo ter ideia, assim, um percentual, como que funciona isso, pra... mas não não tem acesso, não tem essa demanda

Entrevistadora: [...] qual era a demanda que eles mais trazem?

Pérola: Na verdade, assim, eu acho que o maior problema, o preconceito, ele é um problema do outro, né, então não vê. Então como não dá pra vê, às vezes causa algum tipo de ansiedade neles, às vezes é uma maneira que assim, é lógico, o preconceito adoce, tá. Às vezes eles trazem conflitos e dificuldades das famílias, de entender, de aceitar, né. Mas normalmente eles procuram pra tratar de coisas que todas as outras pessoas também procuram, que é transtorno de depressão, de ansiedade, de pânico, né. Que muitas vezes não está nem referenciado a essas condições. [...] é mais fácil pra eles buscarem o atendimento psicológico, até por conta de que, assim, a gente recebe a população “LGTB” há muito tempo. Então eu vejo um fluxo normal, não vejo diferença.

Entrevistadora: E tem a aceitação dos outros usuários? Não tem o preconceito?

Paulina: É, então, eu nunca percebi aqui nada... na única vez que eu percebi acho que foi um travesti que vinha buscar um preservativo que o pessoal ria um pouco, mas foi a única situação que eu lembre, e já faz bastante tempo, não sei nem a época, porque já fazem 19 anos que estou aqui, então pode ter sido há muito tempo isso, mas deve fazer mais de 8, 9 anos isso. Era um travesti que vinha buscar e o pessoal meio que dava risada, porque ele vinha de mini-saia com a perna sem depilar. Mas assim, nunca percebi nada.

Entrevistadora: E você percebia que ele se sentia constrangido?

Paulina: Não, não, pelo contrário, fazia questão de chamar um pouco de atenção, gostava disso. Inclusive ele ria com a gente, com a menina da farmácia, falava alto, brincava, então ele não tinha esse constrangimento. Não sei se também era uma defesa para o sofrimento, mas enfim. Eu acho que foi o único caso que eu vi mais atípico assim.

Entrevistadora: ... Qual a demanda aqui, que trouxe essas pessoas pra Unidade?

Pietra: É, então, me chamou muito a atenção é.... que no caso, essa pessoa ela veio procurar, então ela veio com um nome de .. nasc..... que foi registrada né, como masculino mas você vê que agora ela, a pessoa ela se identifica mais com o sexo feminino. Então, quando ela ... ela tava na lista de espera, eu entrei em contato né, e eu percebi, assim, logo que eu fui atender, o constrangimento, a pessoa tava bem constrangida de estar aqui na unidade ...

[...]

Entrevistadora: Ela não se identificou enquanto com nenhum nome social?

Pietra: Não! ... Ela tá ainda nesse processo ... ela fala que tem o apoio da família agora, mas que a família não aceitava, assim, principalmente o pai, foi bem difícil... Ela tem dois irmãos e os irmãos agora também, né assim, dando apoio. Mas ela também você (percebe) que ela ainda não assumiu também pra ela, ela ainda tem ... tá com dificuldade ainda desse processo de assumir realmente né ... que ela se sente mais identificada com o sexo feminino ...(??) você vê que ela ainda tá nesse

Entrevistadora: Mas quando ela veio aqui ela veio vestida de mulher mesmo?

Pietra: (meio indecisa) É uns trajes neutros assim, que você ... é

Entrevistadora: ... não é travestido?

Pietra: Não. Só que aí na hora de se expressar é que a gente percebe...

Patrik: “...uma lei que, os gays, os travestis, eles têm direito de ter um nome social no documento”

Entrevistadora: Você atende mais qual segmento da população LGBT?

Paulina: Então, aqui na Unidade, nesse momento por exemplo, eu tenho um paciente adulto, na verdade terceira idade já. Mas não é uma regra não, tem adolescentes. Eu atendi um adolescente de 12, 13 anos que na verdade tive que dar mais orientações pela idade, enfim, porque independente da opção, 12, 13 anos não pode né?! Não está dentro do relacionamento sexual em geral, independente da opção. Mas, já atendi de 12, 13 anos com opção clara de falar e ter relacionamentos inclusive com essa idade. Mas não tem regra não. Todos as idades. Esse posto tem uma característica de atender mais pessoas adultas, por causa do bairro. Então eu diria que eu atendo mais adultos.

Entrevistadora: E qual a sua opinião sobre as condições de saúde da população LGBT?

Pilar: [...] dos atendimentos que eu tenho, das pessoas que tem me procurado, tem chegado até mim, que eu percebo é isso, são pessoas que acabam se colocando muito em riscos né, é... risco no sentido assim, às vezes um adolescente ele tá em conflito ali, porque se percebe nessa questão da homossexualidade, por exemplo, daí ele acha que ele tem que ir lá e transar com uma menina e com um menino pra saber o que ele gosta né, então e aí acaba se colocando em risco porque não se utiliza de métodos que preservem e tal né. Então é esse tipo de situação que eu vejo né, de tipo assim, querer conhecer, o adolescente vai e quer conhecer, sei lá, uma boate ou alguma coisa assim e como não é um assunto que ele pode, não é que não pode, não consegue né, ainda se tem muito preconceito, então não é debatido, então ele vai lá e não fala com pai e com a mãe, vai lá e vai. É nesse sentido que eu vejo o risco, a coisa não fica aberta, não fica conversada, então acaba se colocando em situações que podem né...

Construção de uma diversidade: apostas

Patrik: [...] E daí, ela toca nesse ponto: “pô, você vai numa unidade de saúde, poucos procuram”. E eles tem essa hipótese de que “olha, eles não querem passar por esse tipo de constrangimento, que às vezes o nome tá lá Paulo e ela quer ser chamado de Carla” E alguém chama: “Paulo”.

[...]

Patrik: Aí, tem que levantar a Carla, então fica um constrangimento ou às vezes até de preconceito no atendimento do médico, do profissional que atende de forma insensível e tal. Então talvez por causa de um histórico assim, ela pensa, né. Eles já nem procuram mais o atendimento. Eles ficam lá sem assistência, ficam lá com seu sofrimento, tenta uma automedicação, tenta alguma coisa desse tipo pra não ter que passar por questões assim. E a informação que eu tive, assim, sabe, pra ter algum sentido “porque que não procuram, não aparecem.” Mas, nenhum atendimento de 2011 pra cá. Claro que a gente não tem nenhum tipo de busca, nenhum trabalho pra que isso mude, né. Não tem.

Entrevistadora: O que você achou da entrevista?

Pilar: Ela tá adequada, tá bem adequada, com perguntas pertinentes. Ah, uma coisa que eu lembrei agora.. Na área da psicologia a saúde sempre atendeu criança, as escolas encaminham crianças e é muito interessante porque agora começaram a chegar crianças em que você tem como pais é.. eu nunca tive como pais dois homens né, mas sim duas mulheres, então começa a chegar esse tipo de família para o atendimento, até uns dois anos atrás não, ou era pai e mãe ou era só a mãe, ou a avó, então agora começa a ter casais homossexuais em que os seus filhos estão na escola e eles tem problemas igual as outras crianças e você tem que atender, então assim, por isso que a implantação da política ela é importante né, então, por que isso é algo novo, tem que ter toda uma desconstrução daquele modelo de família que as pessoas estavam acostumadas pra poder atender, então.. é.. e é bacana, é um trabalho bacana..

O Mito da Neutralidade

A ausência das pessoas LGBT nos serviços de saúde

Pietra: “...:.... assim o pessoal nunca co..... assim, que eu saiba eu mesmo não vi comentários ‘olha, chegou aqui ...; não foi atendido’

Entrevistadora: Qual a sua opinião ... assim: a gente vê que tem pouco atendimentos aqui né, mas assim, sobre as condições de saúde das lésbicas, dos gays, dos bissexuais, assim.. **como é que chegam à unidade de saúde de uma forma geral assim, qual a sua opinião sobre as condições de saúde ... eles, assim, você acha que eles**

procuram ,eles acabam não procurando muito a unidade, tentam se resolver por conta? .. É assim, pelo que você vivencia aqui na unidade ...

Pietra: É, eu na v.... assim, vejo no meu, na minha percepção, que eles acabam não procurando tanto. Tanto que a gente não tem (Incompreensível) acesso à essa população que precisa ser como outra gente, uma pessoa né e aí por causa do preconceito .. o medo né, o receio, e aí eles acabam não procurando e aí não tem o cuidado com a saúde.. acabam ... Eu percebo assim [nome da entrevistadora] que você vê, olha: aqui é uma demanda tão grande que a gente atende .. você vê, olha, eu falei de um caso que me procurou né, uma situação. Imagina né, quantos que tem que precisam se cuidar, precisam cuidar da saúde e não procuram..

Entrevistadora: eu fiz já com outros profissionais daqui, e assim, realmente, eles disseram que talvez pelo bairro, pela população idosa, não ter muitos jovens, eles colocaram, assim, que se eles precisarem de atendimento, eles vem e são atendidos como os outros. Mas que, o fluxo também é bem menor

Patrik: Deixa eu ver, eu me lembro, que veio um encaminhamento pra mim, de um paciente gay. “Ah, tá precisando de atendimento”. Mas não compareceu nem na triagem. Não compareceu. Não comparece. E, eu não sei o que que é, né? Se é algum tipo de evitação, se tem algum constrangimento ao vir aqui até na unidade. Eu não sei te dizer,

Entrevistadora: [...] você tem alguma informação que possa acrescentar na pesquisa.

Patrik: Não, mas eu já me questioneei “porque essa população não aparece.” E o fato de eu ser homem, será que não tem muita a ver? Porque assim, na maioria das unidades básica é mulher que atende. Talvez esse seja um facilitador, né?

Entrevistadora: É uma hipótese, né?

Patrik: É uma hipótese, talvez seja um facilitador. “Ah, tem uma psicóloga lá, né”. Talvez, tem essa coisa, de se sentir mais acolhido por ser uma psicóloga que está atendendo. Talvez, talvez. É uma hipótese. Mas realmente não aparece. Teve esse rapaz que faltou na triagem, talvez por ser psicólogo homem. Talvez sim, né?

Entrevistadora: Pode ser.

Patrik: Talvez “ah vou encontrar lá um homem”

Entrevistadora: É um indicador, onde já deu uma angústia, uma ansiedade antes de chegar.

Patrik: Uma ansiedade, né. Vai saber. “Um homem? Como é que eu vou falar de orientação? Vai que a pessoa não aceita ou tem preconceito.” É uma hipótese, mas realmente. Nas outras unidades têm procurado?

Entrevistadora: E você acredita que a população LGBT tem dificuldade pra acessar o serviço de saúde? Porque, né?

Petrus: Eu acho que tem, deve ter muita dificuldade. A impressão que eu tenho, né, quando eles não aparecem aqui que eles, é, vão procurar em outros lugares, assim, digamos, precisam ir no médico e vai na farmácia... devem estar buscando alguns lugares pra... não vem nas unidades, assim. Pelo menos não é comum.

Entrevistadora: E porque que você acha que isso acontece?

Petrus: Deve ter vários motivos, né. Que eu num... talvez, pode ter sido por experiências negativas, né, experiências com preconceitos, essas coisas, pode passar por isso. Pode ser, como é uma população marginalizada, né, e a população marginalizada, né, ela internaliza essa marginalização e ela também já não procura, então... tanto pode ser pelo serviço, né, inadequado, como pela perspectiva interna que a pessoa tem que ela acha que ela vai ser mal atendida.

Entrevistadora: Você acredita que existe alguma coisa que favorece a chegada dessa população até a unidade?

Petrus: Não, a, hm.. acho que assim, enquanto política não existe, né. Porque, eu até nem sei o quanto abrange o... mas eu acho que tem pessoas que tem, que são atendidas nas unidades, né, e... mas assim, enquanto política não, não existe nada direcionado. Assim, eu não sei se você tem ideia, mas a gente tá tentando fazer uma política pra criança, pra mulher, pro homem né, então, que abrange muita gente. E essa população não se fala sobre isso, não chega essa conversa pra gente.

Petrus: [...] É, o que eu acredito é que no geral as pessoas tenham dificuldade. Talvez, se tiver algum serviço que tem um público maior, mais direcionado, então as pessoas estejam melhor preparadas

Protocolos, técnicas e práticas orientadas pelo mito da neutralidade

Entrevistadora: O que você considera um bom atendimento?

Poliana: Um bom atendimento é a pessoa chegar conseguir ser agendada, conseguir a consulta num prazo...ou uma consulta o que ela precisar do serviço no prazo menor possível e ser acolhida, ser acolhida como qualquer outro paciente, eu penso que é isto.

Entrevistadora: Você tem alguma dificuldade no atendimento dessa população? Algo que você acha mais difícil?

Paulina: Não. Não. Eu até... é como eu te falei, para mim é tão tranquilo, é tão dentro do fluxo, é igual o idoso que eu atendo, o velhinho que eu atendo, que a coisa flui normalmente, não vejo nenhuma dificuldade. E os pacientes que eu tive não vieram com essa queixa, já vieram definidos.

Entrevistadora: Então nem fica trabalhando muito....

Paulina: É, essa questão da sexualidade em si. O que as vezes a gente trabalha é a questão da prevenção de doenças, mas que trabalho com todos os pacientes, que são os cuidados que a gente precisa ter, até o respeito pelo corpo. Mas é um trabalho geral, com todos os pacientes

Entrevistadora: Como é que você avalia a qualidade das ações e serviços ofertados a esta população pelo município de uma forma geral?

Poliana:tem pessoas que tem uma dificuldade, então eu penso assim no meu lado né como psicóloga, vamos supor que eu tenha uma dificuldade em atender uma pessoa que perdeu alguém da família, vamos supor que eu perdi alguém da família recentemente vou ter dificuldade de atender, então qual é o método que a gente utiliza né? Vamos supor eu estou passando por este momento eu [nome próprio], apesar de estar fazendo terapia e , vou estar com esta dificuldade, então que agente faz no serviço? A gente encaminha para outro colega né? Se eu tiver na mesma unidade outra psicóloga eu encaminho para ela. Então eu penso que o preconceito ele não pode é.... impedir o atendimento desta pessoa. Eu enquanto profissional se eu tiver preconceito, se eu for uma auxiliar de enfermagem, ou um médico que seja e eu tiver com dificuldade de atender este paciente, então deveria encaminhá-lo sutilmente para uma outra pessoa que possa acolhe-lo melhor do que eu. Pelo menos eu acho que isto seria mais sensato né? [...] assim como é... a pessoa pode chegar em uma unidade de saúde e ser mal atendida por um profissional que é mais grosseiro com qualquer paciente, não com esta população né? Então eu ainda acho que está caminhando para o melhor sabe? Hoje eles também tem mais direito, assim como todo mundo eles podem também ligar reclamar do funcionário, eles podem reivindicar o direito deles assim como qualquer paciente que for mal atendido não é verdade?

Entrevistadora: E assim, não só aqui, mas nas outras UBS que você já trabalhou, como que você avalia, no geral, como é o acolhimento, o atendimento da saúde pública com essa população?

Pérola: É, do atendimento aqui dentro, não só do atendimento psicológico. Eu penso que, assim, vem melhorando bastante, eu entrei faz 13 anos, tá. Às pessoas, elas tinham muito mais preconceito há 14 anos do que hoje. Tipo, assim, tinha um caso que ficou sabendo que aquela mulher era uma lésbica, um exemplo. “Ah, fulano, você sabia que fulana é lésbica” já ouvia um cochichinho, uma conversinha. “Você sabia que fulana é lésbica”. Isso tinha muito. Hoje, mudou bastante, eu sinto desde que eu entrei, né. Eu acho que assim, vem mudando bastante. Mas eu vou ser sincera com você, eu acho que deveria ser feito um trabalho com os profissionais, sim, tá. Porque perpassa por muita coisa, por preconceito, por discriminação. Então, assim, “Ah, não é do pessoal que trabalha”. Essa situação também tem na área de saúde, mas assim, você sabe que cada um tem uma história, cada profissional que trabalha aqui tem uma história, tem determinadas religiões que são extremamente preconceituosas, ou tem profissionais que vêm de uma forma ou aprendeu de uma forma preconceituosa a vida inteira. Então, assim, dizem que é totalmente lindo, não é, tá. Acho que melhorou muito, mas o preconceito existe. E assim, se algumas pessoas que são de uma religião mais radical, têm um preconceito muito maior. Acho que tem que ser feito um treinamento. É difícil, é complicado, né. A gente vê isso no local de trabalho, vê isso dentro da família da gente, né

Entrevistadora: Você já atendeu ou atende algum paciente LGBT?[...] Como foi este atendimento?

Pilar: Bom, eu sempre penso na questão do sofrimento mental, que isso é independente, onde que a pessoa ta classificada ou não, então poder assim como os outros pacientes se beneficiam de poder ser escutado, ter alguém para pensar junto com eles, o que eles estão fazendo.. Os pacientes que eu atendi nessa condição também, então, tranquiliza muito, porque, além o sofrimento deles tem uma carga muito assim de... se eu to do lado certo ou do lado errado e isso não existe, de poder tranquilizar as pessoas do que elas estão fazendo. Então eu acredito que eles se beneficiam bastante sim.

Entrevistadora: E nesse atendimento você percebe que eles vêm com problema de aceitação da homossexualidade ou com problemas em geral?

Paulina: Eu acho que eu nunca atendi com problemas de aceitação [...] Geralmente com outros conflitos não necessariamente relacionados com a opção sexual. Talvez com um pouco de conflito social, mas assim de ter dúvidas, angustias sobre a opção ou ter algum problema sério até socialmente pela opção acho que não atendi.