

ACESSO DA POPULAÇÃO LGBT MORADORA DE FAVELAS AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE: ENTRAVES, SILÊNCIOS E PERSPECTIVAS

Danielle Bittencourt

Mestre em História Social pela Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil
Jornalista
d.lopes@promundo.org.br

Vanessa Fonseca

Mestre em Psicossociologia de Comunidades pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
v.fonseca@promundo.org.br

Márcio Segundo

Mestre em Ciência política pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil
m.segundo@promundo.org.br

RESUMO

Este artigo debate o acesso da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT) moradora de favelas aos serviços públicos de saúde, buscando entender algumas especificidades relacionadas ao atendimento em saúde desta população. Tal debate se baseia em um estudo das percepções de profissionais de saúde e da população LGBT sobre o tema, a fim de compreender as barreiras subjetivas ou sociais relacionadas ao acesso integral à saúde da população LGBT e indica questões vinculadas a desigualdades de acesso aos serviços. O artigo chama a atenção para as multiplicidades de características presentes na população LGBT e suas recomendações para a atenção integral à saúde no interior das favelas.

Palavras-chave: Políticas públicas. Saúde. LGBT. Favelas.

EL ACCESO DE LAS PERSONAS LGBT DE FAVELAS A LOS SERVICIOS DE SALUD PUBLICA: BARRERAS, SILENCIOS Y PERSPECTIVAS

RESUMEN

Este artículo aborda el acceso de la población de Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual y Transgénero (LGBT) habitante de las favelas a los servicios de salud pública, tratando de entender algunos detalles relacionados con el cuidado de la salud de esta población. Esta discusión se basa en un estudio de las percepciones de los profesionales de la salud y al público sobre el tema LGBT con el fin de comprender las barreras subjetivas o sociales relacionados con pleno acceso a la salud e indica la población LGBT vinculado a las desigualdades en el acceso a los temas de servicios. El artículo llama la atención sobre la multiplicidad de características presentes en la población LGBT y sus recomendaciones para la atención integral de la salud dentro de la favela.

Palabras clave: Políticas públicas. Salud. LGBT. Favelas.

ACCESS OF THE LGBT POPULATION LIVING IN SLUMS TO PUBLIC HEALTH SERVICES: BARRIERS, SILENCES AND PERSPECTIVES

ABSTRACT

This article discusses the access of the population of Lesbian, Gay, Bisexual, Transsexual and Transgender (LGBT) people living in slums in Rio de Janeiro to public health services, seeking to understand some aspects related to the health care of this population. This discussion is based on a study of the perceptions of health professionals and LGBT population on health issues in order to understand the subjective or social barriers related to full access to health programs and services. The article draws attention to the multiplicity of features present in the LGBT population and their recommendations for comprehensive health care within the favelas.

Keywords: Public policies. Health. LGBT. Slums.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem como propósito levantar um debate sobre o acesso da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), moradora de favela, aos serviços públicos de saúde, buscando contribuir para a promoção de equidade nos atendimentos. Tal debate se baseia em um estudo das percepções de profissionais de saúde e da população LGBT sobre o tema da “saúde da população LGBT”. As atitudes e a maneira como os profissionais de saúde percebem a população LGBT e suas necessidades influenciam diretamente o atendimento nos serviços de saúde. Por outro lado, é importante ouvir os beneficiários desses serviços para que se dê uma resposta satisfatória às suas necessidades, além de buscar compreender quais são as barreiras subjetivas ou sociais que limitam a procura por serviços por parte deste público.

Em uma pesquisa realizada durante a concentração da Parada da Diversidade em Pernambuco (CARRARA *et al.*, 2007, p. 46-48), em 2006, a modalidade de discriminação mais frequentemente relatada foi a ocorrida entre amigos e vizinhos (41,7%), seguida da que acontece na escola/faculdade (33,5%), na família (29,7%) e mais seis formas ou locais de exclusão (ambiente religioso, comércio/locais de lazer, atendimento em delegacias, trabalho/emprego, serviços de saúde,

impedimento de doar sangue). Com esses dados, aquela pesquisa concluiu que as formas de discriminação mais reconhecidas ou facilmente lembradas são as que acontecem em contextos de intimidade (relacionadas à família e amigos) ou entre pessoas que se conhecem. A violência estrutural – representada, por exemplo, pelas desigualdades sociais geradas por aparatos estatais e instituições como as do setor saúde – por vezes pode não ser bem reconhecida e relatada enquanto uma forma de violência sofrida pela população LGBT. A desigualdade em relação às leis e o acesso a espaços e serviços públicos surgem assim como questões importantes para investigação e intervenção.

Serviços de saúde devem estar diretamente envolvidos na resposta à violência homofóbica existente no Brasil, uma vez que acolhem – com mais ou menos qualidade – vítimas desta mesma violência de grande magnitude.¹ No entanto, problemas no acolhimento da população LGBT nos serviços de saúde têm sido pauta do movimento e das ONG LGBT em fóruns e reuniões com gestores da saúde pública. Entre as questões apontadas pelo movimento e pelas ONG, estão a estigmatização desta população (percebida, muitas vezes, apenas a partir da ótica da vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis, em especial, à Aids), elementos de homofobia, transfobia e lesbofobia e desinformação quanto a especificidades e direitos desta população. Estas formas de preconceito ou desinformação se revelam em questões como falta de integralidade no atendimento, culpabilização do/a usuário por adquirir alguma doença, desconsideração do nome social para atendimento às travestis e não reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos desta população, entre outras.

2 ANTECEDENTES

Este estudo foi desenvolvido pelo Instituto Promundo, com apoio do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. O Promundo é uma organização não-governamental, que produz pesquisas, metodologias, avaliações e ações que influenciam políticas públicas para a promoção da equidade de gênero, com destaque para o envolvimento dos homens na elaboração de estratégias para redução das desigualdades com

¹ Dados do Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil coletados no ano de 2011 revelam que naquele ano foram noticiadas nos principais jornais brasileiros 478 violações contra a população LGBT, envolvendo 478 vítimas e 652 suspeitos, o que aponta o caráter de crime de autoria coletiva de boa parte das LGBTfobias noticiadas. Entre as violações, foram notificados 278 homicídios (BRASIL, 2012). No estado do Rio de Janeiro, um levantamento, feito a partir dos boletins de ocorrência registrados em delegacias, estimou que dos 92 municípios do estado, 42% tiveram casos de violência contra homossexuais. A cidade do Rio de Janeiro registrou 62,5% das ocorrências, seguida pela Baixada Fluminense, região no entorno da capital onde se concentraram 15,1% dos casos.

mulheres. As pesquisas produzidas pela organização têm como objetivo embasar as metodologias criadas e políticas públicas. Com este intuito, e a partir de questões levantadas pelo Grupo Conexão G, realizamos o estudo apresentado neste artigo.

Como uma organização que atua em favor dos direitos da população LGBT moradora de favelas, apontando suas especificidades em relação aos grupos homossexuais de classe média, o Grupo Conexão G tem recebido destaque por suas ações que denunciam a ausência de políticas voltadas para esta população e a invisibilidade das violências sofridas cotidianamente. Violências que incluem ameaças ou agressões físicas ou verbais, práticas de intimidação e precária estrutura ligada à proteção social (saúde, educação e assistência social, segurança pública) em espaços como os das favelas do Rio de Janeiro.

No Complexo de Favelas da Maré, onde surgiu, o Grupo Conexão G atribui a pouca procura da população LGBT pelos serviços oferecidos nas unidades de saúde locais aos constrangimentos sofridos nos espaços de atendimento e ao medo de uma possível discriminação pela comunidade, em função da associação direta entre a população LGBT que busca por serviços de saúde e possibilidade de infecção pelo HIV. Nota-se que o preconceito relacionado à infecção pelo HIV/Aids e sua vinculação à população LGBT ainda é bastante presente, não apenas entre a população em geral, mas entre profissionais de saúde, conforme apontado também neste estudo.

Por outro lado, não excluindo a importância do problema e a necessidade de programas para a prevenção do HIV entre a população LGBT, considera-se fundamental que se dê atenção aos demais aspectos de saúde destes grupos, uma vez que é direito de todos e todas o cuidado integral da saúde, de acordo com suas especificidades, para que haja equidade.

Neste sentido, este estudo visa compreender a articulação entre questões ligadas à saúde da população LGBT e as questões específicas das favelas como território de moradia de parte desta população, relacionando-se aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização integralidade e equidade –, à Política de Humanização, à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) e ao direito integral à saúde da população LGBT.

3 POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT: CONQUISTAS RELACIONADAS AO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

É importante reconhecer o protagonismo de grupos e lideranças LGBT na luta pelo direito à saúde. Quando da publicação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Ministério da Saúde relembrou grupos históricos na luta pelos direitos dos homossexuais, como o SOMOS e a Associação das Travestis e Liberados do RJ (ASTRAL), e sua atuação política na proposição de pautas e apresentação de demandas para os governos (BRASIL, 2010, p. 7-8).

Como parte de um conjunto de reivindicações dos movimentos sociais e grupos ligados aos direitos de cidadania LGBT, a discussão sobre a saúde integral² da população LGBT influenciou, por exemplo, as Recomendações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008, p. 22-23) com questões específicas depois incluídas na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, lançada em 2010.

Segundo o Ministério da Saúde, uma política de saúde focalizada voltada para o segmento LGBT fundamenta-se nas evidências de preconceitos e discriminações que sofridos por estes grupos populacionais. Neste sentido, a portaria que instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no SUS (Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011) retomou a 13ª Conferência Nacional de Saúde que considerou a “inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde”, uma vez que a discriminação em função destas tem relação direta sobre o processo de saúde-doença, ao gerar sofrimento e produzir desigualdades em saúde (BRASIL, 2011, s/p).

Na base da elaboração da Política constam os princípios e diretrizes do SUS e as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia³. É a partir do objetivo de construir mais equidade no SUS que o Ministério da Saúde justificou a Política Nacional de Saúde para a População LGBT, lançada no contexto de implantação do Programa Mais Saúde – Direito de Todos, de 2008, que já apresentava metas específicas para o enfrentamento das desigualdades em saúde sofridas por populações LGBT, quilombolas, negros, ciganos, profissionais do sexo, população em situação de rua e outros grupos.

² Ressalta-se que esta discussão vem sendo realizada pelos grupos LGBT e também por pesquisadores/as, gestores/as e profissionais de saúde e organizações não governamentais ligadas ou não ao movimento LGBT. No preâmbulo do texto da Política Nacional, é possível encontrar um breve histórico sobre a discussão da saúde da população LGBT no SUS, como a constituição, em 2004, do Comitê Técnico de Saúde da População GLTB, para desenhar a política; a representação do segmento LGBT no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006; e os debates ocorridos durante a 12ª e a 13ª Conferências Nacionais de Saúde.

³ Instituído em 2004 pelo governo federal, com a participação da sociedade civil, o “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual” foi elaborado pela Secretaria de Direitos Humanos - SEDH da Presidência da República. Com recomendações para vários setores do governo, o programa tem o objetivo de “assegurar políticas, programas e ações contra a discriminação e que, sobretudo, promovam equidade de acesso a ações qualificadas aos serviços públicos”.

Segundo Mello, Brito e Maroja (2012), embora as ações para a população LGBT apresentem um caráter fragmentado, não constituindo políticas públicas nacionais e articuladas, é “a área da saúde que tem apresentado um conjunto de iniciativas mais sistemático e abrangente para a população LGBT”, beneficiando-se das ações de prevenção de DST/HIV/Aids, desenvolvidas desde os anos 1980 entre o público de gays, travestis e homens que fazem sexo com homens (HSH), dentre as quais está o Plano de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre a População de Gays, HSH e Travestis (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 411-422).⁴ Nesta mesma linha, outras iniciativas no campo da prevenção da Aids contribuíram para o debate, como o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST, que prevê ações para mulheres lésbicas e transexuais.

Se as ações criadas em torno do enfrentamento da epidemia de Aids foram fundamentais para a organização do movimento social, como a articulação com a área de saúde, o combate ao estigma e o sucesso da resposta brasileira à epidemia, também é importante considerar o quanto estes programas e estruturas foram, por um tempo, as únicas respostas para atender às demandas em saúde da população LGBT. Consequentemente, ficaram invisibilizadas as múltiplas correlações do setor saúde com os direitos humanos deste segmento. Por um lado, o setor de saúde deve estar diretamente envolvido na resposta à violência homofóbica existente no Brasil, uma vez que acolhe vítimas desta violência. Por outro, pode reproduzir, no interior de serviços e nas práticas cotidianas, processos de estigmatização e elementos de homofobia, transfobia e lesbofobia, gerando situações de discriminação e não reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos desta população, sobretudo se reduzir suas ações à prevenção e/ou atendimento em HIV/Aids.

4 PROMOÇÃO DA EQUIDADE PELA CONSIDERAÇÃO DA DIVERSIDADE

Em crucial debate nos últimos anos, a focalização de ações e políticas para determinados grupos gera polêmicas, situando, em muitas discussões, as ideias de igualdade e de equidade em campos opostos. Para Costa e Lionço, citados em Lionço (2008), embora a equidade não seja mencionada como um princípio explícito do SUS, ela é

⁴ Neste texto, os autores debatem a constituição efetiva de políticas públicas para a população LGBT e questionam se ações como promoção de eventos para a visibilidade LGBT, a aprovação de leis que instituem o Dia do Orgulho LGBT, “criação de ‘cursos de capacitação’ sobre direitos sexuais e combate à homofobia voltados a segmentos profissionais e sociais diversos” compõem políticas públicas.

um conceito-chave para problematizar os entraves que inviabilizam ou retardam o alcance da universalidade e da integralidade, visando superar desigualdades no acesso e no cuidado que, longe do ideal, configuram a realidade do sistema (COSTA; LIONÇO, 2006 *apud* LIONÇO, 2008, p. 12).

Desta forma, é a “problematização dos entraves”, com o reconhecimento das desigualdades sociais, políticas e econômicas que se busca identificar e superar por meio de processos, ações, programas e políticas pautados pela noção de equidade.

Tal noção indica que grupos sociais distintos têm demandas distintas em saúde e “reconhece a relevância das características identitárias e da agenda política de grupos subalternizados” (SPIVAK, 2010 *apud* MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 412). No caso dos movimentos e grupos LGBT, uma agenda política deve ter como eixo estruturante o enfrentamento da marginalização da vivência de sexualidades consideradas “transgressoras”, “desviantes” ou “anormais”, segundo o modelo hegemônico da heteronormatividade (MELLO; BRITO; MAROJA, 2012, p. 413). E ainda, conforme nos lembra a atuação do Grupo Conexão G, dentro do segmento LGBT existem diferentes grupos, não apenas caracterizados por questões de orientação sexual ou identidade de gênero, mas por faixa etária, raça/etnia e classes sociais diversas, submetidos a diferentes relações de poder e condições de vulnerabilidade.

Interessante notar que, ao apresentar os desafios da política de saúde integral LGBT, o Ministério da Saúde não tenha apontado somente as condições de vulnerabilidade a diferentes agravos. Ao contrário, enfatizou, repetidamente, que o objeto da política é a resposta à discriminação e ao preconceito e que as dificuldades de sua efetivação estão ligadas à “superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças” (BRASIL, 2010, p. 13).

Estes seriam os primeiros entraves a serem problematizados: a efetivação de recomendações, políticas e planos depende, sobretudo, de como são percebidas e tratadas, no cotidiano dos serviços, concepções sobre identidade de gênero e orientação sexual e como elas podem repercutir em formas de patologização/medicalização da sexualidade e práticas de exclusão, preconceito e discriminação. No entanto, embora a discriminação dirigida aos grupos LGBT deva ser enfatizada em uma política pensada para essa população, tal política não pode excluir

como as diferentes desigualdades se somam e interferem na saúde dos sujeitos. A população LGBT moradora de favelas, de maioria negra, acumula diferentes estigmas que precisam ser considerados pelos programas em saúde. Um sistema integral, equânime e universal deve dirigir-se às diferenças como um todo, integrando as demandas de diferentes grupos discriminados.

5 DIVERSIDADE SEXUAL E DESIGUALDADE SOCIAL: RESPOSTAS FUNDAMENTADAS NOS PRINCÍPIOS DO SUS

É necessário considerar que as vulnerabilidades da população LGBT não estão limitadas à marginalização e ao policiamento da vivência da sexualidade, mas são constituídas ainda por outros elementos ligados à desigualdade social. Neste sentido, é importante a ressalva de MELLO *et al* (2011, p. 12) sobre a não assunção da orientação sexual e da identidade de gênero como características únicas a serem atribuídas a um indivíduo, mas a fundamental e necessária articulação de outros “marcadores sociais” – ou atributos, como os autores indicam – a exemplo de idade, raça/cor e classe social. Ou ainda o que Parker e Camargo Junior destacam como um aspecto fundamental da formação do sujeito: a interseccionalidade.

[...] no mundo real os sujeitos se produzem através da interseção de diferenças e desigualdades diversas. A interseção ou combinação dessas diferenças produz novas diferenças, então, não é apenas uma soma, ou seja, uma bicha preta não é um sujeito que acumula duas identidades, é outra posição diferente que é produzida através dessa interação ou dessa confluência. Essas diferenças reagem e se relacionam com outras desigualdades e produzem novas alternativas políticas. Então se a gente entende que a desigualdade, a exclusão, a pobreza e a violência se produzem interseccionalmente através dessas combinações que existem no cotidiano, no concreto e no vivido, a gente pode pensar também que a resposta a essas desigualdades também deverão ser respostas interseccionais, que levem em consideração a formação complexa desses sujeitos sociais. (PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000, p. 129).

Nessa perspectiva, outro eixo fundamental do SUS, a integralidade, “concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do

sistema” (LIONÇO, 2008a, p. 12-18), precisa ser articulada na atenção integral à saúde da população LGBT.

A discussão sobre a integralidade aponta para as diferentes lacunas e resistências na efetiva implementação da política. Em que pese a riqueza do movimento social em Aids e suas contribuições para pensarmos os avanços e desafios do SUS, evidencia-se também a necessidade de “descolar” as ações em saúde para o público LGBT do foco único da prevenção de HIV/Aids. A necessidade de cuidado com a saúde se reflete também nos indicadores sobre a discriminação e a violência que sofre este segmento populacional. Segundo dados do SUS, no período de 1980 a 2005, foram assassinados 2.511 homossexuais no Brasil, sendo a maior parte dos crimes causada por homofobia (BRASIL, 2008 *apud* CARDOSO; FERRO, 2012, p. 555). As questões relacionadas às cirurgias de adequação corporal também não podem ser ignoradas.

No caso deste estudo, verificamos uma evidente lacuna no que tange à articulação entre recortes que pensem especificidades ligadas à vivência LGBT e a moradia em territórios de favelas – uma “ausência” tanto nas reivindicações mais amplas do movimento social LGBT, quanto nas diretrizes de ações e programas em saúde. O reconhecimento dos fatores de vulnerabilidade da população LGBT a uma série de agravos em saúde deve também passar pelo preconceito associado ao território e correlacionar com estudos com foco na classe social (EDMUNDO *et al.*, 2007, p. 128).

Embora não haja menção ao território “favela”, nem ao preconceito associado a ele, os objetivos específicos da Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT incluem o “recorte territorial” como aspecto a ser considerado em ações educativas, materiais didáticos da educação permanente dos profissionais de saúde, estudos e pesquisas voltados para a população LGBT. A “eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território” foi citada explicitamente na portaria que instituiu a política (BRASIL, 2011, s/p).

Um olhar mais específico para a vivência LGBT nas favelas e sua inclusão nos debates sobre a saúde da população LGBT ou mesmo no combate à violência homofóbica é urgente. Tradicionalmente inserido na chamada “classe média”, o movimento LGBT apenas recentemente vem incluindo a questão da classe social como um recorte em suas pautas e demandas de luta. A despeito do fato de o preconceito

e a homofobia serem arraigados em amplas parcelas da sociedade, não estando vinculados a uma única classe social, contexto ou grupos determinados, a especificidade da vivência LGBT em favelas – pauta de reivindicação e foco de ação do Grupo Conexão G – ainda é um tema invisível. O debate, no entanto, exige atenção para que mais um estigma não recaia sobre as favelas (já caracterizadas por segmentos da sociedade que as consideram ambientes homogêneos, coesos e, no caso do Rio de Janeiro, identificadas como *locus* da violência, da pobreza e do crime), mas visa jogar luz sobre suas especificidades no que tange ao direito à vida, à cidadania e ao acesso à saúde da população LGBT.

6 METODOLOGIA

Para conhecer a perspectiva da população LGBT e inserir a questão da moradia em favelas como um fator relacionado ao acesso à saúde, foram realizados dois grupos focais, com pessoas residentes na Maré autoidentificadas como integrantes do “segmento LGBT”, mobilizadas pelo Conexão G, que desenvolve atividades voltadas para esse público. O primeiro grupo teve participação de cinco homens homossexuais, quatro deles com cerca de 20 anos de idade e um participante com 35 anos; o segundo grupo foi realizado com cinco travestis com idades entre 30 e 45 anos.

Para estes grupos, os temas-chave incluídos no roteiro do grupo focal foram: especificidades/demandas em saúde de acordo com cada segmento; atendimento/acolhimento na unidade de saúde (barreiras e facilidades); acesso a insumos; percepção sobre situação de morador da Maré e orientação sexual/identidade de gênero no atendimento em saúde nas unidades locais; informações sobre direito à saúde; e atendimento em situação de violência. A todos/as os/as participantes dos grupos foi assegurada a confidencialidade das respostas e solicitada, antes do início da coleta de dados, a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa.

Também foi realizada uma pesquisa quantitativa com a população LGBT na Feira de Saúde que antecedeu a II Parada do Orgulho LGBT da Maré, organizada no dia 1º de setembro de 2013, pelo Conexão G. Para a aplicação do questionário, oito entrevistadoras e dois entrevistadores participaram de duas horas de treinamento sobre a pesquisa (forma de abordagem do público, assinatura de consentimentos e aplicação do instrumento).

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário com 32 perguntas e alcançou 49 pessoas que se declararam pertencentes ao grupo LGBT. Os/as respondentes dos questionários, diferentemente dos/as participantes dos grupos focais, embora também fossem moradores/as de outras favelas da cidade do Rio, não necessariamente residiam na Maré.

Foram entrevistadas 49 pessoas ao longo de todo o dia durante a Feira de Saúde. Sobre a identificação da orientação sexual, os dados foram os seguintes:

Tabela 1: Orientação sexual com qual mais se identifica (N=49)

Orientação sexual	Bissexual	Lésbica	Gay	Travesti
	18,4%	10,2%	65,3%	6,1%
	9	5	32	3

Fonte: Os autores (2013).

Todas as travestis eram moradoras da Maré. Entre as outras categorias, mais da metade também residia na comunidade, tal como apontado na tabela abaixo:

Tabela 2: Local de residência da (o) entrevistada (o)

Local de residência	Bissexual	Lésbica	Gay	Travesti
	(N=9)	(N=5)	(N=32)	(N=3)
Mora na Maré	66,7%	60,0%	78,1%	100,0%
Não mora na Maré	33,3%	40,0%	21,9%	-

Fonte: Os autores (2013).

Uma limitação do estudo diz respeito ao alcance de grupos de lésbicas e transexuais. A atuação do Grupo Conexão G é mais voltada a jovens gays e travestis, o que influenciou nossas atividades de coleta de dados. As questões ligadas à saúde de lésbicas e transexuais foram levantadas, principalmente, a partir da revisão de literatura sobre o tema e publicadas no relatório final do estudo apresentado à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.

Para conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a questão, foi organizado um seminário para agregar profissionais de saúde e população LGBT e, assim, levantar as informações e discutir a proposta da pesquisa.

É importante ressaltar que, devido às limitações de alcance de público, por conta do tempo e recursos da pesquisa, não se tem a intenção de fazer conclusões a respeito do tema deste trabalho, mas chamar a atenção para um problema que precisa ser investigado e considerado nos programas e políticas de saúde, além de abrir caminhos para a atuação do próprio grupo Conexão G, em seu território.

7 A POPULAÇÃO LGBT E SUAS REIVINDICAÇÕES PARA SAÚDE

Os debates promovidos nos grupos focais com moradores/as da Maré indicaram como condições de vulnerabilidade desse grupo fatores estruturantes que envolvem dificuldade de acesso, pouca confiabilidade no serviço oferecido devido a casos anteriores de falhas no sigilo do atendimento e/ou discriminação, além de fatores pessoais, como concepções de cuidado e proteção que dificultam o “sexo seguro”. Em se tratando de uma pesquisa com moradores/as de favelas, a discriminação em relação à classe social e ao local de moradia surgiu com intensidade. Enquanto que, no grupo das travestis, a marca corporal foi apontada como fator importante de discriminação, no grupo de gays (formado por jovens negros), ser jovem e morador de favela foi indicado como fonte de maior discriminação e de influência preponderante para o tipo de tratamento que recebem nas unidades de saúde e em outros serviços.

Na percepção e nas experiências relatadas pelo grupo de participantes ouvidos, muitos fatores se somam para produzir desigualdades e discriminações, embora não tenha havido da parte deles menção explícita à questão racial. Nas palavras de um interlocutor do grupo de jovens homossexuais, desde que o gay da Maré “não seja muito afetado”, o principal fator de discriminação em vários serviços é o fato de ser morador de favela:

Acham que só porque é morador de favela você não tem informação [...] Os moradores de comunidade ainda sofrem muito preconceito. O principal é em relação ao local em que vivem. (Participante do grupo focal com jovens gays).

Tal situação é apontada como causa da pior qualidade do serviço público oferecido (demora no atendimento e poucos recursos oferecidos nas unidades) e de um maior distanciamento na relação entre profissional de saúde (na maioria das vezes não morador da comunidade) e usuário/a.

A faixa etária foi mencionada pelos dois grupos também como fator que influencia a distância sentida em relação ao profissional de saúde. Assumir sua orientação sexual ou identidade de gênero, saber de seus direitos ou exigir respeito são questões relacionadas à história de cada pessoa, segundo estes interlocutores, assim as dificuldades inerentes a este processo podem contribuir decisivamente para o aumento da vulnerabilidade da população LGBT jovem. Nesse sentido, é importante que as ações estejam atentas às violências e condições de desigualdade que sofrem pessoas dessa faixa etária:

As mais novas sofrem mais. São mais desrespeitadas. Elas são de menor, têm medo de ir sozinha [ao serviço de saúde]. (Participante do grupo focal com travestis).

Para mim, já é um problema falar [com um profissional de saúde]. Mas uma pessoa mais nova, que não se assumiu, não iria. Ficaria retraída... O serviço não teria a procura necessária [se não houvesse atenção]. (Participante do grupo focal com travestis).

Em função de sua juventude e influenciados por um “padrão” baseado em concepções de gênero que associam o homem ao pouco cuidado com a saúde, os jovens homossexuais ouvidos na pesquisa, com idades próximas aos 20 anos, informaram buscar atendimento apenas em situações de maior gravidade. Foram comuns frases como “Geralmente vou ao posto em último caso, com um problema quando estou quase morrendo” ou “Não procuro. Só em caso de morte”. No caso deste grupo, devem ser levadas em conta também as condições de vulnerabilidade associadas aos padrões de masculinidade hegemônicos, em que a resistência, o risco e o pouco cuidado com a saúde estão presentes e são esperados dos homens.

Um estudo comparativo (*The International Men and Gender Equality Survey – IMAGES*) realizado com 750 homens e 448 mulheres no Brasil, coordenado pelo Instituto Promundo e *International Center for Research on Women (ICRW)*, apontou que, enquanto 65% das mulheres já haviam realizado o teste de HIV, este percentual era de 35% para os homens. Este fato é atribuído a normativas relacionadas às masculinidades, que não estimulam o cuidado preventivo por parte dos homens. As unidades de saúde, geralmente percebidas como espaços de cuidado de mulheres e

crianças, são consideradas pouco atraentes para os homens (BARKER; AGUAYO, 2011, p. 91-95).

No caso das travestis, apesar da discriminação apontada, como será visto mais adiante, a busca por serviços mostrou-se mais frequente pelo medo do HIV ou de doenças sexualmente transmissíveis, gerado pelos estigmas e ações de prevenção direcionadas a um ofício que costumam desenvolver, o de profissionais do sexo. Deste modo, é preciso reconhecer que a população LGBT é formada por uma multiplicidade de orientações e identidades de gênero, que influenciarão a busca ou demanda pelo serviço. As barreiras também serão percebidas de modo diferente pelos diferentes grupos que compõem o segmento estudado.

A não frequência nos serviços também foi justificada pelos jovens pela descrença no funcionamento dos serviços que, além de estar baseada na experiência da baixa qualidade, foi interpretada como um fator cultural: “É cultural. A gente acaba desacreditando”, disse um dos rapazes. Atribuídas a esta descrença algumas questões se sobressaíram: a percepção de má qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS (principalmente em uma comunidade), a demora no atendimento, a incredulidade quanto à possibilidade de confidencialidade em um serviço prestado (e frequentado) por pessoas conhecidas da comunidade.

Os dados referentes à pesquisa realizada durante a Parada LGBT da Maré revelam também avaliações positivas dos serviços locais de saúde, embora mais da metade do número de entrevistados/as entre lésbicas (60%), bissexuais (67%) e travestis (67%) tenha declarado não ter procurado uma unidade de saúde na Maré para atendimento nos últimos 12 meses (como dissemos, a Parada LGBT da Maré aconteceu em setembro de 2013), com exceção dos homens gays (47%), que compuseram o maior grupo de pessoas entrevistadas.

Entre os/as que procuraram alguma unidade de saúde, os motivos mais apontados foram “fazer exames” (para variadas questões) ou procurar tratamento odontológico, o que revela uma concepção amplamente compartilhada que vincula cuidado com a saúde apenas com ações curativas, por vezes apenas em casos mais urgentes.

Quanto à qualidade do atendimento, das/os 23 respondentes para esta questão, apenas cinco apontaram que foram mal atendidos pelos/as profissionais de saúde (1 bissexual e 4 gays). Neste aspecto, a avaliação dos/as entrevistados foi bastante positiva, enquanto nos grupos

focais houve mais problematizações acerca da qualidade dos serviços, com destaque para o tema da confidencialidade.

A desconfiança quanto ao respeito à confidencialidade do resultado dos exames ou do tratamento médico merece ser analisada com mais cuidado, sobretudo quando um motivo fundamental apontado tanto no grupo de jovens homossexuais quanto no das travestis para o distanciamento do serviço de saúde foi o medo de um resultado positivo para o teste de HIV. Ficou aparente que o medo pelo “vazamento” do resultado da testagem ou mesmo de procurar pelo exame nas unidades se deve menos à possibilidade de infecção pelo HIV, mas a uma possível discriminação decorrente de um resultado positivo que poderia ser revelado, segundo os interlocutores, tanto por profissionais de saúde (entendidos/as aqui não apenas como os/as que prestam assistência e cuidado), quanto por moradores que frequentam as unidades:

Para mim, duas coisas [facilitam o atendimento]: a postura do profissional e do não profissional, com respeito ao sigilo e à vizinhança. Não é porque é o profissional que fura o sigilo, mas quem está lá: segurança, recepcionista. [...] As pessoas daqui, principalmente LGBT, não frequentam aqui... A proximidade, a relação de intimidade dificulta... Não vou porque meu vizinho que tá ali. (Participante do grupo focal com travestis).

O relato aponta ainda a presença do estigma relacionado ao HIV/Aids, principalmente quando serve para “confirmar” a associação entre a epidemia de Aids e a homossexualidade ou a travestilidade. Neste aspecto, cabe mencionar a estigmatização da população LGBT reproduzida por alguns profissionais de saúde. Tanto os jovens homossexuais quanto as travestis ouvidas nos grupos focais mencionaram a falta de cuidado dos/as profissionais de saúde e diagnósticos precipitados sobre infecção pelo vírus HIV. “Achar que é doença ruim”, como expresso nas palavras de uma travesti, se transforma em olhares de descaso e reprovação. Seu relato chamou a atenção para a dimensão dos equívocos – tanto no que diz respeito à elaboração de diagnósticos, à abordagem e ao acolhimento dos/as usuários/as – que ainda podem ser cometidos em unidades e serviços de saúde do país. O comentário fazia referência a um atendimento ocorrido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na cidade do Rio de Janeiro no início de 2013:

Fui para UPA porque estava com febre. O médico mal me examinou e disse: "Das duas uma: HIV ou dengue". Me senti horrível, minha pressão baixou. Ele tinha perguntado se eu trabalhava na rua. Preconceito! Fui procurar o médico justamente por medo, porque preservativo estoura, fui casada... Sai pior do que entrei. (Participante do grupo focal com travestis).

Como este depoimento evidencia, o preconceito contra a orientação sexual homossexual e a travestilidade (somada muitas vezes aos estigmas relacionados à profissão quando se tratam de travestis profissionais do sexo) podem se refletir, por vezes violentamente, no atendimento em saúde, fato confirmado pelo relato de outra travesti:

Tenho uma amiga que tomou chumbinho por problemas com a família. Ela tomou o frasco todo e só passou mal. O médico que atendeu disse que ela teria que tomar só três para conseguir [se matar]. (Participante do grupo focal com travestis).

Os debates em torno do sigilo quanto ao resultado da testagem anti-HIV e dos "diagnósticos" que "confirmam" a associação entre infecção pelo HIV/Aids e a população LGBT ainda são cruciais e, como visto, há pontos importantes para serem resolvidos. Embora, como dissemos anteriormente, o tema da saúde da população LGBT não possa ser reduzido às questões de vulnerabilidade ao HIV/Aids. O relato aponta para elementos que também demandam respostas urgentes e aprofundamento no que tange à saúde da população LGBT: situações de estigma, preconceito e discriminação e seus reflexos na saúde mental dos/as que as vivenciam e o despreparo de alguns profissionais para lidar com estes temas.

No caso das pessoas ouvidas nos grupos focais realizados neste estudo, os serviços de saúde que existem fora da comunidade da Maré foram identificados como de melhor qualidade, especialmente pelo grupo de jovens homossexuais. Para eles, ser morador de favela tem um peso maior sobre o precário atendimento oferecido. As desigualdades foram apontadas também com relação à diferença no oferecimento dos serviços nas diferentes áreas da cidade. Em ambos os grupos houve a percepção da necessidade de equidade no tratamento e melhorias nos serviços para toda a população moradora de favela.

As demandas por respeito e tratamento igualitário envolveram reivindicações acerca de informações sobre

direitos de uma forma geral. O maior desafio apontado pelos grupos diz respeito ao conhecimento de seus direitos e as possibilidades de vê-los efetivamente garantidos. “Sobre Aids somos bem informadas, não sabemos sobre direitos”, disse uma participante do grupo focal das travestis. Neste grupo, outra importante discussão tratou sobre o tema do nome social em escolas, unidades de saúde e outras instituições:

Eu não sei, por exemplo, se um policial ou profissional de saúde pode me exigir o nome masculino. Eu quero ser identificada com o nome feminino e não sei se posso ser tratada com o nome feminino [...] Também não sei se tenho direito a ir a um banheiro feminino.
(Participante do grupo focal com travestis).

As discussões em ambos os grupos indicaram hierarquias de poder socialmente construídas. Desta vez, a respeito de como os homossexuais “podem ser”, isto é “menos afetados” e “mais afetados”, e como os julgamentos sobre essas “formas de ser” podem influenciar os tipos de tratamento a eles conferidos. Tal fato joga luz para a força das normas de gênero e para as pressões sofridas por jovens gays e lésbicas quando desafiam de forma mais radical as concepções que atribuem papéis e modos de se comportar ou vestir considerados mais “adequados” para homens e mulheres.

Igualmente, as travestis recebem diferentes tratamentos em sua busca pelos serviços e unidades de saúde. Peres (2010, p. 876) notou a desigualdade de tratamento dado às travestis “mais pobres, negras, velhas e encenqueiras” e às travestis jovens, bonitas, “glamourosas” e, por vezes, militantes de movimentos por direitos e cidadania LGBT.

Se a travestilidade aponta diretamente a precariedade da compreensão da maioria das pessoas sobre as identidades de gênero, em muitos casos isso é respondido com violência e desconforto pelas pessoas que estão em contato direto com as travestis. Assim, chamar o nome masculino no atendimento em saúde, diante de uma sala lotada de outros pacientes, é marcar o “desvio” e a “inadequação” que o/a profissional de saúde está atribuindo àquela pessoa – situação claramente percebida pelas travestis. Desta forma, no grupo focal com travestis realizado neste estudo, a necessidade de ter informações sobre o nome social e de reivindicar mais e melhores condições de emprego foi tema surgido na discussão sobre saúde e direitos. A recusa de médicos e demais profissionais em chamá-las pelo nome

social é um fator que contribui para o constrangimento gerado nos serviços, dentro ou fora da comunidade, e para o conseqüente afastamento.

O desconhecimento sobre direitos aparece nos relatos em que necessidades de serviços de saúde específicos para travestis e transgêneros não são reconhecidas como reivindicações legítimas para políticas públicas. Embora tenham sido relatados fatos graves relacionados ao não acesso a hormônios ou a cirurgias de adequação corporal, as travestis pareceram se conformar ou atribuir à falta de dinheiro os obstáculos que as levam a buscar cirurgias não capacitadas:

Eu coloquei no açougueiro mesmo. Me senti um porco. Me deitou na maca gelada, deu anestesia local, colocou pano na cara. Eu sentia dor, mandava eu calar a boca, porque eu era homem, tinha que aguentar. (Participante do grupo focal com travestis).

Outros relatos de violência e maus-tratos em mesas cirúrgicas de muitos serviços clandestinos revelam a necessidade que as políticas públicas de saúde priorizem a questão hormonal e de adequação corporal. Os riscos de infecção para o HIV são evidentes em tratamentos deste tipo, além de ser uma violação no direito a um tratamento digno e de qualidade.

Ainda a discriminação e a violência sofridas pela população LGBT, além de serem questões de saúde, revelam-se fatores de vulnerabilidade para uma série de doenças. A discriminação por si traz prejuízos graves à saúde que devem ser considerados pelos serviços do setor: pressão alta e ansiedade pelo medo de doenças e violência, alcoolismo, efeitos colaterais de hormônios, complicações cirúrgicas e, até mesmo, complicações relacionadas à tentativa de suicídio.

Apesar das dificuldades e das discriminações que sofrem, os dois grupos reivindicam apenas o oferecimento de condições iguais para todos/as os/as usuários dos serviços de saúde e não um serviço voltado apenas para a população LGBT. Como disse uma participante do estudo, “todo mundo tem comportamento de risco” e ainda outra: “Somos como todos. Eles [os profissionais de saúde] precisam ser mais informados sobre os travestis, como querem ser tratados. Queremos ser tratados como iguais”.

Na pesquisa na Parada LGBT da Maré, quando perguntadas sobre recomendações para melhorar os

serviços de saúde para a população LGBT na comunidade, as pessoas combinaram em suas respostas tanto o apontamento de problemas percebidos quanto recomendações para uma ação mais abrangente do setor saúde. Chamaram a atenção tanto as constatações de falta de respeito, gentileza e cuidado no atendimento quanto os pedidos para mais ações de promoção da saúde e mais proximidade entre o setor saúde e a vida cotidiana da comunidade. Para serviços e profissionais, a indicação foi: “Ir mais pra rua, saber abordar. Tem gay que não é assumido”. Também foram apontadas demandas por mais investimentos em saúde e educação, divulgação dos serviços, produção de materiais educativos e ações de orientação e apoio social.

As recomendações, no geral, demonstraram uma compreensão bastante clara por parte dos/as entrevistados/as que relaciona a saúde não apenas como resultado de práticas curativas, mas de ações mais amplas, ligadas ao que foi denominado como “apoio social”, por meio de ações educativas e de promoção à saúde.

8 O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO LGBT NAS FALAS DOS/AS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Por questões de tempo e recursos que limitaram o estudo, a percepção dos profissionais sobre questões de saúde da população LGBT foi coletada por meio de um debate promovido em um encontro sobre os resultados dos grupos focais e da pesquisa na Feira de Saúde realizada na ocasião da II Parada do Orgulho LGBT da Maré. Intitulado “Entraves, avanços e caminhos no direito à saúde da População LGBT”, o seminário foi realizado no dia 8 de outubro de 2013 e contou majoritariamente com profissionais alocados na atenção básica, incluindo agentes comunitários de saúde, psicólogos e enfermeiros, mas também reuniu pesquisadores e representantes de organizações LGBT.

Nesse debate, posições divergentes vieram à tona. Se houve quem apontasse que “hoje em dia” não há tanto preconceito nos serviços ou mesmo na sociedade, ficou claro que as demandas trazidas pelas diferentes representações LGBT ainda provocam incômodo e geram incertezas quanto ao atendimento em saúde. Além das resistências veladas ou explícitas às questões da diversidade sexual, evidenciaram-se as dificuldades de reconhecer e lidar com o próprio preconceito, mas, sobretudo, de quebrar o silêncio acerca

deste tema. A atual visibilidade da questão não diminuiu as inseguranças e os constrangimentos dos dois lados – usuários/as dos serviços e profissionais.

Em um campo tão fundamental quanto o da saúde e partindo do princípio dos direitos de cidadania LGBT, os questionamentos quanto à ética no atendimento, a influência das religiões e os valores morais da sociedade brasileira expuseram os contornos de um processo histórico ainda em curso que revela como, efetivamente, princípios, políticas e ações se materializam ou não no cotidiano.

Para uma profissional presente ao encontro, uma das grandes queixas do segmento LGBT é o acolhimento:

Até há pouco tempo, saúde do homem homossexual não existia. Falar que já está familiarizado com o assunto é diferente de estar preparado para lidar com o assunto. (Profissional de saúde)

No debate entre “aceitar” (a orientação homossexual) e “saber atender”, isto é, “estar preparado para lidar com o assunto”, o tema da capacitação profissional foi o item seguinte. Um entrave seria a falta de abordagem dos temas relativos à diversidade sexual nos currículos da formação inicial dos/as profissionais. A defasagem na formação inicial aconteceria não apenas com agentes comunitários de saúde, mas também enfermeiros/as, médicos/as e outros/as profissionais, conforme a fala de um psicólogo:

É preciso pensar em todos que estão atendendo, preparar todo o serviço, desde o laboratório até quem fez a coleta. (Profissional de saúde)

O despreparo profissional não estaria relacionado apenas à questão da diversidade sexual, conforme indicado por uma agente comunitária de saúde e pelo psicólogo já citado. Teria a ver com lidar com diferenças, com especificidades e não hierarquizar grupos e pessoas:

Fica sempre a dificuldade de ver o outro como ser alienígena. Como trabalhar isso? Cada espaço tem que pensar essa estratégia. (Profissional de saúde)

Nas palavras de uma agente comunitária de saúde:

O assunto chama muito a atenção da gente porque eu já presenciei muitos atendimentos. E a questão do despreparo vem de ambos os lados. A meu ver, o homossexual é tratado de maneira bastante preconceituosa. É importante ter sensibilidade,

generosidade. Muitos homossexuais se sentem excluídos, na medida em que chegam na unidade e são vistos como aberração. É importante ter um curso que capacite essas pessoas [profissionais] a ter um outro olhar para o atendimento. (Profissional de saúde)

Os entraves também estariam relacionados a uma “nova concepção de saúde”, nas palavras de uma agente comunitária de saúde, ainda não totalmente apropriada pelo setor. Para ela, ainda está acontecendo um processo de aprendizado para uma promoção da saúde mais próxima, mais pessoal, como a realizada pela Estratégia de Saúde da Família. As agentes comunitárias de saúde e outros/as participantes presentes foram firmes quanto à necessidade de médicos/as – nunca presentes aos encontros ou eventos de formação – serem atualizados e integrados nestas capacitações. A relação de poder estabelecida entre estes profissionais e demais membros das equipes de atenção básica ou pacientes foi tema importante da discussão. Ressaltou-se ainda que alguns/mas médicos/as têm pouco contato com informações referentes ao funcionamento, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, gerando um distanciamento entre estes profissionais e suas práticas e a saúde pública.

O desequilíbrio de poder foi apontado também em relação a outros profissionais de saúde e a população, em uma referência mais direta a agentes comunitários de saúde, ou seja, pessoas moradoras das comunidades agora integradas ao sistema. Algumas falas deram conta de que o jaleco branco pode “transformar” a/o vizinho/a em uma pessoa distante, com pouca identificação ou vínculo com o/a usuário/a.

9 VÍNCULOS, PRECONCEITOS E SILÊNCIOS

O contato com o/a usuário/a e a necessidade de estabelecimento de vínculos surgiram como possibilidades e, ao mesmo tempo, desafios no atendimento em saúde da população LGBT, atendimento muitas vezes transpassado pelo silêncio e desconforto em relação à orientação sexual ou identidade de gênero. Um silêncio compartilhado pelo/a profissional – inibido/a diante de um assunto considerado “polêmico” e para o qual não se sente preparado/a – e para o/a paciente, receoso/a quanto à possibilidade de sofrer preconceito ou discriminação. O relato de uma enfermeira foi ilustrativo neste aspecto:

Atendia muitas mulheres grávidas que eram lésbicas. Acho que é uma questão de contato. Elas não se sentem livres para falar e a gente não se sente a vontade de perguntar para não ofender. Com o tempo, elas acabam se abrindo, se sentiram à vontade para falar, confiar. Com o vínculo de estar atendendo constantemente, ajuda. Faço preventivo de mulheres que são lésbicas. Outros homossexuais, mas não falam. O vínculo facilita esse contato. (Profissional de saúde)

Uma fala com conteúdo semelhante foi a de um agente comunitário de saúde:

Existem mecanismos de defesa dos lados. É uma questão de contato. Muitos têm vergonha de falar e a gente de perguntar. Um não toca no assunto e o outro também não. Importante gerar um ambiente confiável, criar vínculo, conhecer o profissional. Há mecanismos de defesa dos dois lados, por causa do medo, do preconceito. (Profissional de saúde)

O silêncio também surgiu como algo negativo na fala de um jovem militante LGBT presente ao evento, que apontou a necessidade de “políticas que estimulem o falar sobre isso”. Esta reflexão conduziu à discussão sobre a necessidade e a pertinência de se saber ou não a orientação sexual do/a paciente para fazer um bom atendimento e quais as relações entre estas questões e a integralidade em saúde. Se o atendimento deve olhar o indivíduo como um todo, e não rotulado a partir de sua doença, a mesma postura deveria valer para a questão da orientação sexual? E a heterossexualidade não é - apesar dos silêncios que podem cercá-la - também diversa? Dois profissionais indicaram seus pontos de vista:

Eu pergunto sim com relação à sexualidade ou religião porque a gente precisa pautar nossas ações mediante informações. A assistência de saúde precisa ser pautada em algumas coisas e saber em relação à religião e sexualidade tem a ver com isso. (Profissional de saúde)

Na verdade todo mundo, em algum momento, cai nessa peneira. Não adianta um protocolo que diz faça assim ou assado. É importante estar aberto para entender o outro. É um trabalho permanente. (Profissional de saúde)

O debate indica o quanto os temas da equidade em saúde, da integralidade e da criação de políticas específicas precisam ser amadurecidos, discutidos e refletidos com

profissionais de saúde que, longe de serem neutros, possuem uma diversidade de pontos de vista em relação ao tema. O tema do silêncio veio relacionado ainda à influência da religião de alguns profissionais e à resistência quanto aos direitos da população LGBT. Apesar das ressalvas de que há pessoas religiosas que fazem um atendimento sem influência de sua religião, esta foi apontada como um fator que, geralmente, cria barreiras nos serviços de saúde.

As discussões ocorridas com os/as profissionais mostraram que é necessário fazer cumprir as recomendações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, que depois subsidiaram as propostas da Política Nacional, referentes à sensibilização dos/as profissionais sobre temas afins à saúde da população LGBT como uma questão de educação permanente no SUS. Uma sensibilização que terá que lidar com um debate ainda “no calor do momento”, questionar concepções e normas rígidas e desiguais de gênero, mas que precisa fazer recordar e cumprir os direitos expressos na “Carta dos Direitos dos Usuários do SUS”, notadamente os ligados ao tratamento humanizado e sem nenhuma discriminação: “Quem está cuidando de você deve respeitar seu corpo, sua intimidade, sua cultura e religião, seus segredos, suas emoções e sua segurança.” (BRASIL, 2006, p.5).

A repercussão sobre a questão do sigilo no atendimento (tanto em relação ao teste anti-HIV quanto a outros exames ou diagnósticos) – problema apontado tanto pelos/as participantes dos grupos focais realizados quanto pelos/as entrevistados/as durante a II Parada do Orgulho LGBT da Maré – gerou um intenso debate entre os/as profissionais de saúde presentes no seminário. A capacitação dos/as profissionais, mais uma vez apontada como solução possível para vários problemas, foi refutada neste caso, no qual foi retomada a discussão sobre a ética profissional e a necessidade de criação de mecanismos para coibir a quebra de sigilo, além da indicação de reestabelecimento de vínculos com a comunidade.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em discursos informais, profissionais de saúde – e profissionais de outras áreas ligadas à gestão e implantação de políticas sociais – hesitam em considerar a relação entre suas opiniões e percepções “pessoais” e sua prática profissional cotidiana. Como se a atuação profissional

pudesse ser imune a estereótipos, concepções desiguais de gênero, hierarquizações das sexualidades e orientações sexuais. Desta forma, recomendações para a ampliação do direito à saúde devem considerar, por um lado, as negações e resistências à discussão do tema e as necessidades já apontadas de formação profissional que considerem o diálogo, o questionamento das normas de gênero e o respeito à diversidade sexual.

Este estudo reforça que discussões que já vêm sendo realizadas na área de saúde precisam ser ampliadas e fortalecidas, como as propostas de humanização e os debates sobre o acolhimento das diferenças, a partir do respeito e do aprendizado com o novo. Nesse debate, mostra-se fundamental incluir a participação de representantes do segmento LGBT de diferentes setores, que, para além de poderem esclarecer dúvidas e conceitos sobre as identidades sexuais e de gênero, podem expressar necessidades e se beneficiar da discussão sobre limites e possibilidades que os serviços têm para lhes oferecer.

É preciso reconhecer que a população LGBT é não apenas formada por uma multiplicidade de orientações e identidades de gênero, mas que tais identidades somam-se a outros marcadores de desigualdades sociais, como faixa etária, raça/ etnia e classe social, que interferem na demanda e no acesso ao serviço, além de serem produtoras de discriminação, como no caso de jovens moradores de favelas. Um aspecto importante relacionado a esta questão diz respeito à produção de conhecimento na área de saúde sobre a população LGBT, ainda mais centrada nas condições de vulnerabilidade às DST/Aids do que em outros temas e determinantes da saúde desta população.

REFERÊNCIAS

BARKER, G.; AGUAYO, F. **Masculinidades y políticas de equidad de género**: reflexiones a partir de la encuesta IMAGES y una revisión de políticas en Brasil, Chile y México. Rio de Janeiro: Promundo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/cartaaosusuarios01.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2011**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.836. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF: 02 de dezembro de 2011. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html >. Acesso em: 26 fev. 2013.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e População LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia, Ciência e Profissão**. Brasília, DF, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARRARA, S. *et al.* **Política, Direitos, Violência e Homossexualidade**: pesquisa 5ª Parada da Diversidade, Pernambuco 2006. Rio de Janeiro: CEPESC, 2007. Disponível em: < http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/paradapernambuco_2006.PDF >. Acesso em: 26 fev. 2013.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Revista Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, p. 703-716, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a15.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

EDMUNDO, Kátia; SOUZA, Cecília; CARVALHO, Maria Luiza; PAIVA, Vera. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, p. 127-134, 2007. Suplemento 2.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais, reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e a diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 43-63, 2009.

MELLO, Luiz; BRITO, Walderes ; MAROJA, Daniela. Políticas públicas para a população LGBT no Brasil: notas sobre alcances e possibilidades. **Cadernos Pagu [Online]**, Campinas, n. 39, p. 103-429, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n39/14.pdf> >. Acesso em: 14 mar. 2013.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 07-28, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sess/n9/02.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 89-102, 2000. Suplemento 1.

PERES, W. S. Travestis, Cuidado de Si e Serviços de Saúde: Algumas Reflexões. In: COSTA, H. et. al. (orgs). **Retratos do Brasil Homossexual: Fronteiras, Subjetividades e Desejos**. São Paulo: Edusp, Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2010, p. 869-885. Disponível em: < http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/39/Documentos/travestis_cuidado_de_si_e_servicos_de_saude.pdf >. Acesso em: 03 nov. 2013.