

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS CHAPECÓ

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SUZANA CARLA PELIZZA

**INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAS
LGBTQIA+**

**CHAPECÓ
2021**

SUZANA CARLA PELIZZA

**INTEGRALIDADE, UNIVERSALIDADE E EQUIDADE: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAS LGBTQIA+**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Este trabalho foi defendido remotamente/online, de forma síncrona via plataforma digital Cisco Webex® e aprovado pela banca em 26/03/2021.

BANCA EXAMINADORA


Dr. Claudio Claudino da Silva Filho
Orientador/Presidente da banca

Dra. Graciela Soares Fonseca
Avaliador titular

M. Sc. Samuel Salvi Romero
Avaliador titular

Dra. Agnes de Fatima Pereira Cruvinel
Avaliador titular

Integralidade, Universalidade e Equidade: Representações Sociais de profissionais de saúde e pessoas LGBTQIA+

Suzana Carla Pelizza¹
Cláudio Claudino da Silva Filho²

RESUMO

Este trabalho se refere ao acolhimento e cuidado à saúde da população LGBTQIA+ na atenção básica de um município do norte gaúcho. Como objetivo busca-se compreender as representações sociais de profissionais de saúde dos usuários LGBTQIA+ em relação ao atendimento aos usuários LGBTQIA+. Quanto a metodologia, trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio da análise de conteúdo de Bardin, de caráter observacional de corte transversal, atrelando-se a Teoria das Representação Social, o instrumento de coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista. Os participantes da pesquisa foram nove profissionais de atenção básica e sete pessoas LGBTQIA+. A representação social sobre o cuidado de pessoas LGBTQIA+ para profissionais de saúde, estão presentes pensamentos de que o acesso a este grupo é igual aos demais usuários do sistema, ao mesmo tempo presente crenças ligadas a IST's. A representação social do cuidado de pessoas LGBTQIA+ para o grupo de usuários LGBTQIA+, estes referiram que não sentiram dificuldades de acessarem os serviços de saúde e que foram respeitados, mas ressaltam que existem questões a serem melhoradas no atendimento, apontando a necessidade de cursos, capacitações sobre as questões específicas de usuários LGBTQIA+, para além dos cuidados com as IST's. Para concluir, diante destes paradigmas normativos no cuidado em saúde, são necessárias ações para um cuidado mais humanizado, investindo em educação permanente, maior aproximação entre a comunidade LGBTQIA+ e equipe de saúde, uso de tecnologias leves de cuidado e discussões deste tema ainda na graduação.

Palavras-chave: Acesso. Minorias sexuais. Políticas públicas.

ABSTRACT

This work refers to the reception and health care of the LGBTQIA+ population in primary care in a municipality in the north of Rio Grande do Sul. The objective is to understand the social representations of health professionals of LGBTQIA+ users in relation to the service provided to LGBTQIA+ users. As for the methodology, this is a qualitative research carried out through Bardin's content analysis, with a cross-sectional observational character, linking to the Social Representation Theory, the data collection instrument used an interview script. . The survey

¹ Psicóloga pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, discente de Ciências Sociais na Universidade Federal da Fronteira Sul, e especializanda nos cursos de Saúde Coletiva na Universidade Federal da Fronteira Sul e em Sexualidade Humana na Child Behavior Institute of Miami.

² Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó-SC, Coordenador Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem, Vice-Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFFS). Doutor (UFSC), Mestre (UFBA) e Bacharel (Univasf) em Enfermagem, Especialista em Preceptoria no SUS (Hospital Sírio Libanês).

participants were nine primary care professionals and seven LGBTQIA+ people. The social representation about the care of LGBTQIA+ people for health professionals, there are thoughts that access to this group is equal to other users of the system, at the same time present beliefs related to STIs. The social representation of care for LGBTQIA+ people for the group of LGBTQIA+ users, they reported that they did not experience difficulties in accessing health services and that they were respected, but they point out that there are issues to be improved in the service, pointing out the need for courses, training about the specific issues of LGBTQIA+ users, in addition to the care with STI's. In conclusion, given these normative paradigms in health care, actions are needed for a more humanized care, investing in permanent education, closer approximation between the LGBTQIA+ community and the health team, use of light care technologies and discussions of this topic still in graduation .

Keywords: Access. Sexual minorities. Public policy.

1. INTRODUÇÃO

Vivemos em um país onde as pessoas são discriminadas devido as suas diferenças regionais, culturais, econômicas e sociais. A orientação sexual e a identidade de gênero também são alvo de atitudes discriminatórias, quando usuários LGBTQIA+ ao procurarem um serviço de saúde, sentem que não foram bem acolhidos, que sofreram algum tipo de violência, podendo ser psicológica, simbólica, moral ou física.

De acordo com Bourdieu (2003), a violência simbólica acontece de forma sutil, insensível e invisível a suas próprias vítimas, violências que acabam por fazerem parte do cotidiano aonde muitas vezes a vítima não percebe ou não reconhece.

A homofobia social e cultural possui a base do pensamento a crença de que a homossexualidade, ameaça a estrutura social patriarcal. Isso se aplica principalmente a homens gays e afeminados, e no qual é considerado inferior na escala social. Nota-se também na sociedade a homofobia institucionalizada, no qual trata as pessoas a partir do pressuposto de que todos são heterossexuais, assim reforçando a invisibilidade e o não reconhecimento das necessidades do público LGBTQIA+. Além de provocar sentimentos de inequação e de exclusão social, consequentemente trazendo consequências emocionais (BORGES, 2009).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) vem para reconhecer as necessidades deste público, ela é um marco importante para a atenção a saúde desta população. Por meio desta política houve o reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. Vindo para legitimar as necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade

previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A PNSI LGBT é instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, conforme Resolução nº 2 do dia 6 de dezembro de 2011, que orienta o Plano Operativo de Saúde Integral LGBT. Sua criação seguiu as diretrizes de governo expressas no Programa Brasil sem Homofobia, que foi coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Ela é constituída por diretrizes com planos contendo estratégias e metas sanitárias e sua execução requer desafios e compromissos das instâncias de governo, secretarias estaduais e municipais de saúde, dos conselhos de saúde e de todas as áreas do Ministério da Saúde. De forma de mobilizar os diversos segmentos da sociedade, sendo de extrema importância a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social (BRASIL, 2013).

O atendimento à saúde LGBTQIA+ como tendo muitos desafios a serem superados. A principal dificuldade no acesso aos serviços de saúde se dá no acolhimento às pessoas enquanto sujeitos que têm direitos, desejos e demandas específicas. É fundamental o conhecimento das especificidades de assistência a cada grupo da comunidade LGBTQIA+, destacando o potencial do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto equipamento social, político e ético de modo a enfrentar as “LGBTfobias”. As iniquidades ao atendimento do público LGBT se deve ao não conhecimento das especificidades inerentes a esse grupo e a discriminação e preconceitos institucionais. Dessa forma, é importante o reconhecimento dos determinantes sociais no processo saúde-doença destes indivíduos, desta forma proporcionar ações que objetivem o cuidado integral à saúde, conforme as diretrizes do SUS (FERREIRA; PEDROSA; NASCIMENTO, 2018; BARCELOS; JUNIOR, 2018)

Dentre as especificidades podemos destacar, as mulheres lésbicas e bissexuais doenças como o câncer de mama e de colo de útero são agravadas devido à baixa procura dos serviços de saúde por essas mulheres. Desconhecimento dessas mulheres sobre o risco das doenças sexualmente transmissíveis ao se relacionarem sexualmente com outras mulheres. E o desconhecimento e falta de habilidade dos profissionais de saúde em abordar praticas de sexo seguro com este grupo de mulheres. Quanto a saúde mental delas, existe um sofrimento psíquico provocado pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos. Diante de cotidianos vivenciados pela ansiedade e pelo medo de rejeição serem motivos para o uso

abusivo de drogas, o que se reflete no alto índice de doenças crônicas dessa população (CARDOSO; FERRO, 2012).

Os profissionais de saúde precisam ficar atentos caso haja a existência de homofobia internalizada, no qual pode estar presente em indivíduos gays, em decorrência visão negativa que a sociedade apresenta sobre a homossexualidade, provocando sentimentos de inferioridade em relação aos heterossexuais e incapacidade de alcançar objetivos, questionamentos em relação ao seu valor como pessoa, e sentimentos negativos em relação a si próprio (CARDOSO; FERRO, 2012).

Em relação as pessoas trans, é importante os profissionais de saúde entenderem os diversos atravessamentos, questões referentes as tentativas de patologização que estes corpos sofrem na sociedade, violências sofridas, direitos que lhes são negados e tentar promover uma escuta qualificada e que valide a existência desta pessoa e que possa voltar ao serviço de saúde na busca de cuidados. Visto que em pesquisa de Souza et al. (2015) as travestis relatam situações de violência, julgamento, desrespeito, não uso do nome social nos serviços de saúde.

Diante da não efetivação dos princípios do SUS no atendimento a este público e as práticas discriminatórias presentes em alguns dos ambientes de cuidado em saúde, se faz importante questionar estas práticas reproduzidas nestes ambientes e suas percepções e repercussões na vida da população LGBTQIA+. Desta forma este trabalho busca investigar e analisar: quais são as percepções da população LGBTQIA+ e de profissionais da saúde a respeito dos atendimentos oferecidos nos serviços de saúde ao público LGBTQIA+?

Frente aos diversos casos de violências sofridas pela comunidade LGBTQIA+, tanto física quanto simbólica, suponha-se que nas redes de serviço de saúde também esteja presente algumas formas de preconceito ou negligência com aspectos específicos desta população. Assim possibilitando um não acolhimento humanizado e integral e acesso igualitário das necessidades e demandas da comunidade LGBTQIA+, e vindo a obstaculizar estes usuários do serviço de saúde. Ao fim a pesquisa busca-se compreender as percepções sobre o acesso aos serviços de saúde pela população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo geral busca-se analisar quais são as representações sociais referente ao atendimento de indivíduos LGBTQIA+ na atenção básica em saúde para profissionais da área da saúde e usuários LGBTQIA+. De forma a compreender como estes dois grupos percebem o acolhimento e como vem sendo desenvolvido o trabalho na prática para as pessoas com outras orientações sexuais e de gênero para além da norma heterossexual e cisgênera.

Este trabalho surgiu de experiências acadêmicas e pessoais vivenciadas na época da graduação em psicologia, aonde se percebi durante os estágios pouca familiaridade e conhecimento dos profissionais de saúde a respeito da categoria LGBTQIA+, bem como a pouca inserção deste tema durante as aulas, sendo que lá haviam poucas pessoas que dominavam este assunto. A partir daí também houve uma maior aproximação da pesquisadora com grupos e coletivos LGBTQIA+ organizados no qual discutiam diversos temas que o atravessam e pode-se perceber as necessidades da realização desta pesquisa.

Além de futuramente poder contribuir com ações (educação permanente sobre este tema, ampliar o debate nas universidades da região) na cidade e região, assim melhorando o atendimento do público LGBT, visto a pouca visibilidade que esta temática possui na região.

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, observacional de corte transversal. Para Minayo (2010), ao falar da pesquisa qualitativa em saúde, ressalta que todas as ações, clínicas, técnicas, de tratamento e prevenção/tratamento, devem estar vigilantes aos valores, atitudes e crenças a quem a ação se volta.

A Teoria das Representação Social se mostra um modo de interpretar e pensar a realidade cotidiana. Uma forma de pensar de um determinado grupo, uma construção social desenvolvida por estes. Utilizado de forma prática para explicar os fatos ou objeto do cotidiano (SÊGA, 2000).

As Representações sociais (RS) são fenômenos que permeiam as relações, muitas vezes ancoradas em morais hegemônicas, que legitimam modos de atuação social. A literatura relata que RS da homossexualidade admitem a manifestação de atitudes homofóbicas. (SILVA, 2017, pag. 9).

A cidade escolhida trata-se de uma cidade localizada no norte do estado do Rio Grande do Sul, com uma população estimada em 106.633 pessoas (IBGE, 2020). A escolha desta cidade se deu por conveniência.

Para acessar os profissionais deste município foi aberto um protocolo na prefeitura deste município, no qual a secretaria de saúde afirmava estar ciente e de acordo com a pesquisa. Com os participantes LGBTQIA+ acessou-se por meio do presidente do coletivo LGBTQIA+ da cidade, onde o mesmo assinou o termo de assentimento.

A pesquisa teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS), por meio do parecer de

aprovação número 3.547.323 (CAAE: 19369019.8.0000.5564). Submetida aos critérios éticos da Resolução 466/CNS e resolução 510, que normatiza a ética em pesquisa com seres humanos.

O instrumento de coleta foi um roteiro de entrevista. Manteve-se no instrumento um eixo comum com questões no qual foram aplicadas as mesmas para os dois grupos, no qual abordaram direitos humanos, equidade, políticas públicas, pensamentos sobre o acesso de pessoas LGBTQIA+ na atenção básica e o processo de adoecimento e de como percebiam o acolhimento de pessoas LGBTQIA+. Como eixo específico para os profissionais de saúde contou com questões relativas a formação profissional e educação permanente. Para os usuários LGBTQIA+ como questões específicas foram abordados temas referentes a experiências no sistema de saúde, experiências já passadas, familiaridade com o assunto e discussões em grupos/coletivos e como percebem a preparação dos profissionais para abordar essa durante os atendimentos. Além de serem coletados dados de caracterização para ambos os grupos.

O período de realização de coleta de dados com os profissionais de saúde foi entre os meses de fevereiro e março de 2020, antes do contexto pandêmico vivenciado pelo Covid-19, sendo possível realizar de forma presencial a coleta de dados nas UBS's. A escolha das unidades para realização da pesquisa se deu por conveniência, bem como a escolha dos profissionais.

As entrevistas foram agendadas previamente, a coleta dos dados foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em uma sala privativa, era apresentada a pesquisa e lido em conjunto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a entrevista era iniciada e gravada em áudio após a assinatura do/a participante no documento de duas vias.

A amostra de profissionais da saúde foi composta por nove participantes do gênero feminino em sua grande maioria são profissionais da enfermagem (sete), uma nutricionista e uma médica ginecologista. Foi procurado entrevistar outros profissionais como da medicina, ou odontologia, no entanto pela rotina de agendas cheias estes não tiveram disponibilidade de participar da pesquisa. Outro fator limitante é de no município não aderir ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF), assim não possuindo profissionais de psicologia na atenção básica do município.

Com o grupo de usuários LGBTQIA+ a amostra foi composta por sete participantes, chegou-se até eles por meio do contato estabelecido com o representante do coletivo, o mesmo encaminhou o convite para os demais membros do grupo, que se interessaram em participar, além de utilizar o método bola de neve, no qual consiste um entrevistado indicar outro para a

entrevista, e assim por diante. Foi utilizado o TCLE, plicada a entrevista semiestruturada mediante a gravação do áudio, que posteriormente foram transcritas as entrevistas de forma literal.

A análise foi desenvolvida a partir da análise de conteúdo de Bardin (2011), buscando compreender os significados e identificar os pensamentos e percepções frente ao acesso da população LGBT aos serviços de saúde e a qualidade da atenção recebida.

Por meio da transcrição das entrevistas com os profissionais de saúde das UBS de Erechim e com os membros do coletivo LGBTQIA+, foi possível realizar a análise de conteúdo de Bardin (2011).

Seguindo-se as fases da análise de conteúdo: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e interpretação. Na fase de pré-análise, compreende o momento de organização antes de iniciar a análise do material, nesta etapa escolhe-se o material a ser analisado, tendo-se em mente as hipóteses e as perguntas que se pretendia responder. Os passos da pré-análise são a leitura flutuante, a escolha do corpus, tendo-se em mente as quatro regras fundamentais para o recorte do material, a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A segunda fase foi a exploração do material, no qual é o momento de análise propriamente dita, aonde é realizada a codificação do material, transformando-se os trechos do material em unidades que foram mensuradas, no qual foi possível alcançar dessas partes a descrição e condensação de suas características. E por última fase, o tratamento dos resultados, aonde foram produzidas as inferências e interpretações que serão apresentadas na seção resultados e discussão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO³

3.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Os dados de caracterização dos nove participantes estão expostos na tabela 1, aonde é possível ver informação referentes a idade, tempo de formação, escolaridade. Todos os participantes foram mulheres, as nove se declararam cisgênero, e somente uma participante bissexual, as demais se declararam heterossexuais. A escolha das participantes se deu por

³ Pela amplitude e dimensão considerável dos resultados, os/as autores/as o dividirão em dois manuscritos/artigos (um para cada grupo de participantes – profissionais de saúde e usuários LGBTQIA+), para os periódicos: Saúde e Sociedade; e Psicologia, Ciência e Profissão.

conveniências, aquelas que estavam disponíveis na unidade. Todas foram mulheres pois não se teve acesso a profissionais do gênero masculino.

Por meio da análise de conteúdo foram identificadas três categorias de pensamentos, sendo elas: Representação social de profissionais de saúde frente ao atendimento e cuidado em saúde para pessoas LGBTQIA+; (Des) conhecimentos sobre Políticas públicas, Direitos Humanos e Equidade na visão de profissionais da saúde frente a questão LGBTQIA+, e Formação profissional e Educação Continuada: (Re)pensando práticas.

Tabela 1 – Variáveis de caracterização das participantes da pesquisa grupo de profissionais.

Variáveis	Classificação	Nº de Participantes
Idade	25 - 36	5
	37 - 50	4
Tempo de formação (em anos)	Até 5	2
	Até 20	6
	Até 30	2
Escolaridade	Especialização	9
Pertence a categoria LGBTQIA+	Sim	1
	Não	8

Fonte: Dados dos autores, 2021.

3.1.1 Categoria 1: Representação social de profissionais de saúde frente ao atendimento e cuidado em saúde para pessoas LGBTQIA+

Esta categoria representa os pensamentos e crenças dos profissionais de saúde frente ao questionamento sobre as condições de acesso da população LGBTQIA+ aos serviços de saúde, como estes percebem o atendimento dos usuários LGBTQIA+ nos serviços de saúde, possíveis dificuldades. Foram encontradas 2 subcategorias nesta categoria, denominadas: “A falsa crença do acesso igual e do tratamento normal”, e “Foco nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) *versus* atendimento integral”.

3.1.1.1 Subcategoria 1: As falsas crenças do acesso igual e do tratamento normal

Nesta subcategoria estão presentes pensamentos sobre o atendimento à saúde da população LGBTQIA+, no qual referem que mesmo é “normal, atendimento igual, como qualquer outro”. Usam as palavras “cuidar/cuidado” ao se referir a esta população que necessita de cuidados, no

entanto as frases no qual citam o “cuidado” são vagas e muito gerais, não apresentando os conhecimentos relativos os cuidados específicos desta população, revelando a falta de informações característicos para o atendimento deste grupo.

Nota-se uma certa dicotomia e incongruência na fala das entrevistadas, aonde mencionam que ali dentro da unidade “o atendimento é normal” não sendo visto atitudes de preconceito, ao mesmo tempo depois reconhecem que a comunidade LGBTQIA+ sofrem bastante preconceito na sociedade, mas este tema é silenciado durante as consultas, não sendo abordado sobre gênero e sexualidade, nem mesmo o preconceito sofrido lá fora como este afeta sua saúde e suas relações. Diante disso como podemos realizar um atendimento integral e universal a um usuário LGBTQIA+ se são silenciados estes determinantes sociais?

A invisibilidade do preconceito é um problema ético, primeiramente pela falta de reconhecimento e crítica de que o preconceito é estrutural, uma vez que está fundamentado no machismo que impera em todas as relações sociais, inclusive dentro das instituições de saúde. (SILVA, 2017, p. 85).

Frase muito comum nesta subcategoria foi a do “acesso igual”, se referindo que a UBS está de portas abertas para todas as pessoas independente de suas identidades de gênero e orientação sexual, no qual são disponibilizados os mesmos serviços para as pessoas heterossexuais e LGBTQI+. A participante Luluca (enfermeira) sintetiza este pensamento:

(...) quando chegam são atendidos como qualquer outra pessoa assim. Tem muito preconceito ainda né, mas eles são atendidos normalmente. O acesso é igual, nunca vi nada de dificultoso aqui.

Sobre o se posicionar de forma neutra, a psicologia e outras ciências da saúde, no anseio de serem teorias clássicas, uma ciência “neutra”, em vários momentos, realizam violências ao tratar grupos diferentes do padrão, e que possuem especificidades em seus sofrimentos, no momento em que o profissional diz que o “acolhimento” deve ser “neutro”. No entanto o sofrimento acontece em um corpo que foi gendrado, racializado, posto em determinados lugares sociais, sendo eles simbólicos e reais, e vedado a habitar outros ambientes. Assim dizendo, o problema não é se dá na existência de diferenças, mas, nas construções históricas, políticas e sociais que figuram em imensas desigualdades, quer de raça, gênero ou identidade (ZANELO, 2020). Essa lógica de “neutralidade” presente na psicologia, ajuda a entender como nas outras profissões da saúde que também aplicam o acolhimento neutro e igual para todos, acabam por negligenciar e calar diversas formas de opressões e violências simbólicas.

De forma geral os profissionais relatam que o atendimento é de qualidade e que as pessoas LGBTQIA+ são bem atendidas, que não sofrem nenhum tipo restrições no seu atendimento, e que são atendidas como qualquer outra pessoa, tendo acesso aos mesmos serviços, atendimentos

e políticas públicas, independente da orientação sexual e identidade de gênero. No entanto nota-se nesta categoria que, mesmo este atendimento sendo de ótima qualidade, cuidados específicos de só quem é LGBTQIA+ necessitam acabam por não serem contempladas na hora de um atendimento ou conversa com o usuário LGBTQIA+. O que podemos chamar de uma conduta em saúde conduzida pela lógica heterocisnormativa, no qual pressupões que todos os usuários sejam heterossexuais e cisgêneros, ou não se permite pensar a possibilidade da orientação sexual do usuário para além desta norma.

Acho que aqui são acolhidos porque eles retornam, eles veem, e retornam e vinculam com alguém, eles já vem procurando (...) então eu acho que são bem acolhidos, porque aqui tem uma variedade de idades, de formação, se eu não consigo passo pra ela, não sai sem o atendimento, acho que o acolhimento aqui é bom. Mariana

Os profissionais na grande maioria afirmam que seus serviços/unidades não apresentam fatores que dificultem o acesso desta população, ao mesmo tempo que garantem que outros profissionais de outros locais podem ter uma ética diferentes da suas, vindo a fazer comentários preconceituosos, piadinhas sobre as pessoas LGBTQIA+, e afirmam que na sociedade em geral este grupo enfrenta situações de discriminação e preconceito, e que pode ser um dificultador de acesso devido as situações anteriores de preconceito e estigma no qual os usuários LGBTQIA+ tenham receio de sofrer novamente no atendimento. Isso pode ser representado pela fala da participante Estrela Vermelha, quando fala sobre as dificuldades de acesso:

Sim o preconceito, eu acho que eles não veem por preconceito que já passaram o que possam passar. Porque a minha ética é assim, mas vai que a da minha colega não é, sai falando o outro funcionário sabe que é e sai falando porque que nem eu disse a procura é pouca (...) Estrela Vermelha.

Em pesquisa de Paulino, Rases e Teixeira (2019) no qual buscou identificar os discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família, foram identificadas três categorias de análise: “Discurso da não diferença” no qual é afirmado que não há diferenças entre a população LGBT e as demais atendidas pelos profissionais, revelando a ideia de uma falsa igualdade, ao mesmo tempo o silenciamento das necessidades deste grupo; “Discurso do não saber”, nesta categoria é firmavam não saber quais são as demandas da população LGBT e desconhecimento da temática, de certa forma esse discurso parece justificar o fato de as(os) médicas(os) não acolherem adequadamente a população LGBT, pois não tiveram essa preparação; e o “Discurso do não querer”, aonde surge o discurso de que usuários(as) LGBT não querem como justificativa pela qual este grupo não procura o sistema de saúde, por que não têm demandas ou necessidades em saúde, e, por não

existir necessidades específicas de saúde. Podemos observar que os resultados da pesquisa de Paulino, Raseira e Teixeira (2019), são semelhantes com a da presente pesquisa, na qual os participantes referem o pensamento de igualdade, e no qual alegam não conhecer esta temática e políticas públicas envolvidas, quando convidados a falarem sobre a saúde da população LGBTQIA+, presente na categoria (Des) conhecimentos sobre Políticas públicas, Direitos Humanos e Equidade na visão de profissionais da saúde.

Durante as entrevistas notou-se a dicotomia “nós” (profissionais de saúde) e “eles” (grupo LGBTQIA+), como se fosse dois grupos separados e distantes, e profissionais da saúde não pudessem ser LGBTQIA+ também. Sendo que por parte dos profissionais não houve a nomeação de cada uma das identidades que compõem a sigla LGBTQIA+, não citando as pessoas não binárias, as pessoas bissexuais, a mulher lésbica. No caso das pessoas trans pode-se perceber no relato dos profissionais o conhecimento do nome social, mas poucos os que nomearam. Em estudo de Silva, Finkle e Moretti-Pires (2019), isso também pode ser visto, os autores apontam que nem todos os trabalhadores conheciam o significado de todas as letras que compõem a sigla LGBT, aonde as falas foram quase que somente referentes à homossexualidade, o que revela a pouca visibilidade e reconhecimento das especificidades de atendimento de lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais.

A identidade bissexual não chegou a ser lembrada pelos profissionais de saúde. De acordo com Seffner (2003, p. 235)

Assim, indivíduos bissexuais passam muitas vezes despercebidos, invisíveis numa representação e significação onde se faz proibido discordar de uma lógica binária e polarizada. Em nossa cultura a representação majoritária da sexualidade se organiza a partir de dois pólos bem marcados, a heterossexualidade e a homossexualidade, e a cada pólo correspondem identidades bem definidas, quais sejam, os heterossexuais e os homossexuais. (SEFFNER, p. 235, 2003)

Cada letra da comunidade LGBTQIA+ tem suas particularidades que devem ser reconhecidas, na parte da pesquisa realizada com os profissionais da saúde, nota-se que a identidade bissexual não chegou a ser citada, revelando o desconhecimento dos profissionais em relação as pessoas bissexuais e a tendência a colocarem toda categoria LGBTQIA+ como um grupo homogêneo.

Moscheta, Febole e Anzolin (2016), destacam que a relação entre profissional de saúde e usuário/a é política, de modo em que contribui para uma certa administração da vida e dos corpos das pessoas, como nomeou Foucault de biopoder. Essa administração, opera a partir das normatizações de gênero e sexualidade, que marca um modelo de atendimento em saúde no qual pressupõe heterossexualidades, negligencia atendimentos e demandas, exclui

corpos que estejam fora da definição de “normalidade” em saúde, da mesma forma que violenta identidades que se apresentam não de acordo com o pressuposto da norma. Essas normas tratam-se do entendimento hegemônico das categorias masculino e feminino, sendo a heterossexualidade como natural. O que se afastar da norma é tido como desviante, anormais ou marginais.

3.1.1.2 Subcategoria 2: Foco nas Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) versus atendimento integral

Dentro da subcategoria, Foco nas IST's *versus* atendimento integral, um dos pensamentos frequentes das profissionais da saúde ao pensarem na neste grupo é trazido em suas mentes a temática das IST, ao mesmo tempo que refletem e questionam o porquê de eles não aderirem a prevenção. A frase da profissional Estrela Vermelha quando lhe foi pedido para falar o que vem a sua cabeça ao pensar na população LGBTQIA+ sintetiza pensamento desta subcategoria:

Muitas doenças muita transmissão no que a gente atende aqui também né. Então a primeira coisa que me vem é doença sexualmente. (...). Eu não sei eles não buscam, se não buscam a prevenção.

Isso se deve ao passado no qual estes foram colocados como transmissores de HIV/aids, e que até hoje esses resquícios históricos se fazem presentes dos profissionais de saúde, e revelam o preconceito e estigma presente na sociedade. Esta crença acarreta uma conduta clínica de foco somente nas IST's, um olhar fragmentado do usuário, sem olhar para toda subjetividade de cada usuário.

Desta forma, por vezes o atendimento “especializado” da população a LGBTQIA+ fica restrito a testes rápidos, ou ao atendimento que recebem no setor da Vigilância em Saúde, para serem atendidos pela equipe do setor de IST e HIV/Aids do município, aonde são encaminhados para fazerem o tratamento destas infecções e doenças, conforme as falas das participantes. Durante entrevista de Luluca, ela comenta sobre este atendimento:

(...) atendimento ele é igualitário, repetindo, acessível, tem tudo, mas assim não são muitos aqui que procuram assistência. Quando precisam vão direto para a vigilância. (...) Eles vem fazer bastante teste rápido, bastante mesmo, eles gostam de se prevenir neste sentido, eles vem saber orientações, e alguns apresentam algumas IST.

Em vários momentos os profissionais referem as IST como um fator e motivo para busca de atendimento deste público. Em outro momento mais específico sobre as formas de cuidado e de adoecimento, instigando-se um olhar para um sujeito integral, que necessita também de cuidados em saúde mental e sociais, os profissionais referiram o fator do preconceito como algo que interfere principalmente na saúde mental, e também de conseguirem um emprego formal, foi ressaltado nas entrevistas. E apontado como sendo o adoecimento mental uma das principais formas de adoecimento devido ao preconceito e estigma vivido na sociedade e na família.

Pelo fato de não existirem profissionais de psicologia na atenção básica do município de Erechim, isso é um fator que dificulta um olhar mais específico para a saúde mental e a subjetividade humana, bem como as questões que envolvem a sexualidade, como consequência ficando os cuidados e ações em saúde voltados mais para a saúde física.

Uma entrevistada refere que quando algumas pessoas LGBTQIA+ costumam vir até a sua unidade, ela costuma atender de forma rápida e fazer os encaminhamentos necessários, pois ela acredita que o ambiente da sala de espera cheia de pessoas e olhares curiosos pode ser constrangedor para a pessoa LGBTQIA+. Dessa forma vemos que a igualdade no acesso apresenta dificuldades, pelos olhares indiscretos de outros usuários da unidade.

3.1.2 Categoria 2: (Des) conhecimentos sobre Políticas públicas, Direitos Humanos e Equidade na visão de profissionais da saúde

Nesta categoria as cognições dos participantes a respeito das políticas públicas, direitos humanos e equidade. Buscou-se compreender o entendimento por direitos humanos, definição de equidade, conhecimento ou não sobre políticas públicas para a população LGBTQIA+, bem como como os profissionais consideram essas políticas públicas.

Nesta categoria, os profissionais da saúde em sua maioria relatam desconhecer as políticas públicas criadas para a população LGBTQIA+, conforme eles, já dito anteriormente, este é um assunto que pouco se fala. Nota-se que participante Pink conhece as plataformas de ensino a distância do SUS, conhece a PNSI LGBT, e sabe explicar o porquê da existência delas para os grupos mais vulneráveis. No entanto nesta questão, também outros profissionais referem desconhecimento desta política, desta forma não podendo ter uma opinião formada a respeito.

Na fala de Pink, “acredito que tem profissionais que nunca leram políticas públicas voltadas para determinados setores, acredito que alguns estão lendo, acredito que você vai ter os diferentes níveis”.

Luluca relata saber da existência da PNSI LGBT, mas não a conhece integralmente, sabem algumas questões que ela aborda, como no caso do nome social. Quando questionada sobre como os profissionais consideram as políticas públicas, ela responde mesmo sem conhecer profundamente a política nacional de atenção integral as pessoas LGBT e as particularidades desse grupo e as especificidades de cada uma das identidades LGBTQIA+:

Consideram boas, igualitárias, e todas acessíveis, porque aqui a gente dispõe de tudo, desde consulta com o médico, encaminhamento para especialista, tem a disposição os testes rápidos, tem preservativo, (...). Luluca

Além disso, observa-se no relato acima, o foco no médico/especialista, esquecendo-se da saúde mental e aspectos subjetivos destas pessoas, que cotidianamente sofrem pelo preconceito, como se o ser humano fosse dividido em compartimentos, e deixando a desejar o cuidado integral e as múltiplas formas de adoecimento da população LGBTQIA+ que vão além das IST. Durante algumas entrevistas, as participantes citaram que no setor de Aids e IST havia se iniciado algumas discussões sobre a saúde LGBTQIA+, e elas me sugerem ir até este local para realizar a minha pesquisa já que lá se tinha mais informações, porém esta pesquisa buscou justamente conhecer o grau de (des)conhecimento dos profissionais da atenção básica, e saber o que os profissionais da porta de entrada do SUS pensam, e como estes vem atuando na promoção e prevenção em saúde, no acolhimento cuidado integral.

Na questão referente as cognições sobre direitos humanos estão atreladas a pensamentos relacionados a: escolhas que não firam as outras pessoas; igualdade entre direito e deveres; direitos em saúde, educação e alimentação; respeito independentemente de cor, sexo e gênero; e sendo os direitos humanos como algo presente no SUS, no qual direciona para um atendimento baseada na igualdade e equidade. Podemos observar estas representações nas seguintes falas:

(...) que é o que todo mundo tem direito à saúde educação alimentação, igualdade de atendimento na sociedade né, direito deles, direito de escolher, se ele escolheu outro sexo é o direito dele, a escolha, livre arbítrio. Estrela Vermelha

Olha, eu entendo, eu sigo bastante aquelas diretrizes e princípios do SUS, da igualdade, equidade. Então eu acho que todo mundo tem direito à saúde, ao atendimento humanizado, mais basicamente voltado pra isso, na questão de exercer a empatia igualitário. Luluca

Possa fazer as coisas que tem vontade em fazer tudo dentro do que não fere o direito da outra pessoa, então acho que neste sentido, o que a pessoa tenha vontade desde que não atingindo negativamente outra pessoa, (...). Roberta

Em diversos momentos as participantes usam o termo “escolha”, para se referir as identidades sexuais e de gênero, no entanto o uso do deste termo se representa incorreto e ultrapassado, pois pertencer a identidade LGBTQIA+ não é uma opção ou escolha na vida, revelando o desconhecimento e não familiaridade dos profissionais dos termos corretos e que respeitem a individualidade de cada um.

Quanto aos pensam pensamentos referentes ao conceito de “equidade”, foram identificadas cognições na qual, equidade tem a ver com direitos, é uma justiça para todos, tratamento igual. No entanto as participantes revelando não saber precisamente o termo, demonstrando um não diferenciação entre os conceitos igualdade e equidade.

Equidade que todo mundo tem o mesmo direito, de ser tratado igualmente, é isso basicamente. Mas eu vejo que o SUS deveria ser igual para todos, mas muita coisa não é feita. Luluca

Equidade e igualdade fazem parte dos princípios doutrinários do SUS, mas não são sinônimos. Duas participantes definiram a equidade conforme é preconizada pelo SUS:

Equidade é tratar desigualmente os desiguais, é você direcionar o seu atendimento com o que a pessoa precisa, e não o que você acha que ela precisa. Mariana

Equidade, no meu ponto de vista, é tratar desiguais de forma desigual, ou seja, cada um vai ter uma maneira que você vai acolher e equiparar. Então as vezes uma igualdade você não vai usar o mesmo parâmetro para todos, (...). Pink

Essas duas falas acima contemplam a definição de equidade, e como ela se diferencia da igualdade. O princípio da igualdade estabelece que todos devem ser tratados de forma igual independente de raça, sexo, gênero, orientação sexual, condição social. Já a equidade assegura um atendimento de acordo com suas necessidades/prioridade de cada caso, objetivando diminuir as desigualdades no atendimento.

3.1.3 Categoria 3: Formação profissional e Educação Continuada: (Re)prensando práticas

Nesta segunda categoria buscou-se compreender as percepções e pensamentos dos profissionais de saúde referente a suas formações durante o período da graduação, na educação continuada realizada em seus ambientes de trabalho no que se refere as questões dos usuários LGBTQIA+, e sugestões pertinentes para melhorar o atendimento para este público.

Sobre a formação durante a graduação destes profissionais, que na maioria refere que não tiveram acesso a temáticas ao universo LGBTQIA+, os que tiveram este tema na graduação, foi permeado pela associação da categoria LGBTQIA+ às IST's.

Em alguns momentos alguns profissionais informam que já ouviram notícias sobre as pessoas LGBTQIA+, mas possuem lembranças muito vaga, sem um conhecimento formado sobre o assunto. Determinados participantes, referiram de forma vaga que ouvem noticiários, no entanto fica o questionamento das fontes destes noticiários. Uma profissional relatou que em sua unidade realizou um dia "D" para a realização de atendimentos/testes para este grupo, mas que não surgiu muita demanda. Além de que também foi relatado de algo estaria acontecendo no setor de IST e Aids, relativo a educação permanente e rodas de conversa com usuários LGBTQIA+, mas não possuíam muitas informações precisas.

Então, que nem eu disse, eu sei que ouvi, mas não sei o que ouvi, porque sem mentir foge, a gente tem um olhar diferenciado a partir de agora, (...) Estrela Vermelha

Os profissionais entrevistados, revelam que durante o momento da pesquisa se sentiram instigados a começaram a pensar sobre isso, revelando que esta é a primeira vez que estão conversando sobre este assunto com alguém, nem mesmo com a própria equipe cometa-se sobre isso. Assim, neste momento se dão conta de seus desconhecimentos sobre este público, a necessidade e importância de buscar este conhecimento.

É de importância as equipes reconhecer as atitudes cotidianas que representam preconceitos, de modo a realizar uma autocrítica e uma reflexão ética sobre sua responsabilidade social. Olhar para seus valores pessoais e como estes interferem em um atendimento de qualidade, sendo que em poucos momentos os profissionais refletem sobre o modelo de atendimento e posturas profissionais. Tratando-se de gênero e sexualidade uma reflexão crítica assume grande importâncias e possibilidades de novas leituras da realidade (SILVA, 2017).

Duas participantes da pesquisa relataram que em sua prática procuram buscar informações em meios oficiais do ministério da saúde e plataformas do SUS. Uma delas cita a Plataforma Arouca como uma forma de dar continuidade a sua formação, demonstrando sua autonomia na busca por formação científica na área:

Eu uso muito a plataforma Arouca do ministério da saúde, ali que eu encontro os cursos para fazer, e as especializações da saúde e da família, isso já na especialização foi abordado já era meados de 2013/15. Pink

Em algumas profissionais nota-se uma pró-atividade e autonomia na busca de conhecimentos e formação no momento que se deparam com os usuários LGBTQIA+ e

percebem a sua falta de conhecimentos e formação de como melhor atender este público dentro de suas necessidades e demandas específicas.

O termo “falho” para se referir ao atendimento a este público. Falta de conhecimento das leis e programas específicos surgiu com força:

(...). Pela falta de conhecimento a gente acaba não valorizando as queixas, a gente acaba não direcionando, porque existe um direcionamento que você precisa fazer, eu atender a população LGBT com as suas particularidades é diferente de eu atender um idoso ou uma criança que está numa sala de espera, (...) Mariana

Nesta categoria os profissionais se dão conta da necessidade de formação para o atendimento destes usuários, e citam a importância da formação continuada e também aspectos/características pessoais como respeito e empatia. Na fala de Luluca (enfermeira) fica explícito seu olhar sobre as capacitações, e o conhecimento da realidade de cada usuário.

Olha, acho que teria que ter capacitações, grupos com eles, para ver a realidade de cada um, ver aonde os pontos negativos e tentar reforçar. Ou aqui pelo menos no posto aonde eu trabalho é muito movimento e tu não consegue parar para fazer um grupo, até consegue mas tem que ser bem planejado né, (...) Luluca

A participante Pink, cita sobre a formação no período da graduação, da importância de se abordar este assunto, e não somente com a população LGBTQIA+, mas também com outros públicos que são estigmatizados e sofrem preconceito. Desta forma percebemos a importância de ter um olhar interseccional, pois um único indivíduo pode sofrer opressão de distintas formas.

Aí que tá, precisa ser inclusa também não só essa (politica), a população negra também, o índio, o ribeirinho, todas as populações com maior vulnerabilidade que você sabe que necessita de uma visão mais ampliada e melhorada, precisam estar lá na época da faculdade (...) Pink

Em um nível mais individual, outro aspecto importante levantado foi poder trabalhar com as crenças dos profissionais sobre este grupo, no qual foram construídas ao longo de suas vidas, e que podem ser barreiras para o cuidado efetivo com esse grupo específico.

Com isso, referente as suas formações as entrevistadas não tiveram contempladas em suas grades curriculares temas relacionados ao universo LGBTQIA+, bem como hoje também acabam por não discutindo e refletindo em equipe sobre as questões específicas do atendimento destes usuários. Assim, como sugestões elas sugerem que se debata este assunto ainda na graduação, com palestras, discussão das políticas públicas particulares para este grupo, entrar em contato com a realidade e vivências destas pessoas. Já, durante a educação continuada, as participantes citam como necessário, que se tenha capacitações, formações específicas sobre este tema, entrar em contato e ter reuniões com os representantes comunitários dos coletivos LGBTQIA+, para um diálogo afim de conversar para conhecer as demandas e necessidades.

Guimarães (2018) em sua pesquisa buscou investigar a percepção de médicos(as) e enfermeiros(as) sobre a atenção à saúde ofertada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) na Atenção Básica. A pesquisa apontou que os profissionais relataram uma escassa vinda a unidade pelas travestis e transexuais, e pouca compreensão que essa baixa procura de cuidado se deva pelas violências simbólicas sofridas. Quanto ao preparo para o atendimento adequado a estes usuários o estudo expõe como os profissionais colocam a responsabilização no Estado por uma capacitação que os capacite a cumprir as determinações de um cuidado presente numa Política Pública. O mesmo autor meio da categoria de análise “UBS e os espaços de (des)atenção à Saúde LGBT”, descreve qual é a percepção dos profissionais no atendimento da população LGBTQIA+, encontrou equívocos em relação ao atendimento com igualdade e o atendimento com equidade, tendo em mente as políticas públicas e os direitos dos usuários, a percepção dos profissionais sobre a baixa procura da população LGBTQIA+ a UBS, se daria por vergonha, medo do preconceito, sentimentos estes que levam estas pessoas inclusive a ocultarem sua orientação sexual, atribuindo-se a própria comunidade LGBTQIA+ a ocultação da orientação sexual e a baixa demanda nos serviços de saúde.

Em pesquisa de Silva, Finkle e Moretti-Pires, no qual buscou compreender as representações sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre essas pessoas, os resultados pontaram que as representações sociais dos trabalhadores estão ancoradas em morais religiosas e heterônomas, relacionando o grupo ideias de promiscuidade, de risco a infecções sexualmente transmissíveis, de estereótipos, e entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, sendo determinadas biologicamente, e até mesmo, se tratariam de uma questão de escolha pessoal.

As representações sociais dos profissionais de saúde da atenção básica do município de Erechim frente ao atendimento de pessoas LGBTQIA+, estão presentes pensamentos de que o acesso a este grupo é igual aos demais usuários do sistema, sendo um atendimento igual e normal. Este pensamento acaba por limitar o atendimento de questões específicas da vivência de pessoas LGBTQIA+, e que são pautadas pela política nacional de atenção integral a saúde da população LGBTQIA+, principalmente no que se refere ao princípio da equidade no SUS. A existência destas crenças traz como consequência uma não aproximação da equipe de saúde a comunidade LGBTQIA+.

Quanto a representação social das políticas públicas para este grupo, direitos humanos e equidade, o conteúdo desta representação é o desconhecimento das políticas públicas aos

usuários LGBTQIA+, uma não opinião formada diante do desconhecimento também informada pelos participantes. O não comunicar algo já é uma comunicação e informação, pois vemos a relevância que este tema tem assumido durante os encontros com os usuários e nos momentos de educação permanente, e a não responsabilização pelo contexto social em que vivemos.

Uma atitude de neutralidade, presentes nas falas “atendemos todos iguais”, ancoradas em um padrão de paciente que aprendemos na faculdade, um sujeito heterossexual e cisgênero, e que segue a ordem binária homem/pênis/masculino – mulher/vagina/feminino, essa visão dificultam um olhar ampliado para o usuário que não se encaixar neste padrão e todas possibilidades da existência humana. E visibilizando as questões específicas de quem não se encaixa neste padrão.

Quanto a representação social da formação profissional durante a graduação o termo que aqui representa é o de “falho”, e quando falado deste grupo nos cursos de graduação eram associados as IST’s. O que acaba desta forma orientando a conduta profissional nos dias de hoje, tendo-se como foco olhar para as IST ao atender uma pessoa LGBTQIA+. Chegando a sugerirem ter momentos de educação permanente para debater este tema, alguns profissionais durante a entrevista relatavam que passaram naquele momento a repensar suas práticas, e como sugestão para que este tema seja abordado desde a graduação.

Apesar de os participantes trazerem no discurso de reconhecimento que pessoas LGBTQIA+ sofrem na sociedade devido ao preconceito e estigma, desconhecem questões relativas a sexualidade, identidade de gênero e orientação sexual, desconhecem PNSI LGBT. As políticas públicas estão aí no papel esperando para serem postas em prática, não basta só guardar para si o olhar sobre essa situação e permanecer inerte, é necessárias atitudes e tomadas de posição, colocando-se em pratica, e instigar este debate nos locais de trabalho.

As representações sociais não são respostas mentais diante de um estímulo do meio social, mas trata-se de uma construção do significado do meio social, estímulo e resposta se formam no mesmo momento. As representações guiam as ações/comportamento, e constroem e regulam o ambiente que irá ocorrer o comportamento. Desta forma as pessoas não só reagem à realidade, mas a constroem, por meio dos significados que dão (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002). Assim entendemos que as representações sociais sobre o atendimento de pessoas LGBTQIA+ para profissionais da saúde não são meras respostas dadas ao estímulo, mas são formas de pensar a realidade sobre o atendimento de pessoas LGBTQIA+ que são construídas e compartilhadas. E que orientam as atitudes e posicionamentos assumidos durante os atendimentos de usuários LGBTQIA+.

Espera-se que com essa pesquisa promova mesmo que pequenos movimentos para mudanças na forma como é tratado o assunto relativo à saúde LGBTQIA+, que ela seja integral e equânime. Alguns participantes da pesquisa já demonstraram apresentar um olhar reflexivo durante a pesquisa para as questões de preconceito e estigma na sociedade contra as pessoas LGBTQIA+, mas é preciso voltar esse olhar para si próprio e realizar uma autoanálise sobre como os serviços de saúde também podem ser violentos com esses grupos, entender as várias formas de violência, seus atravessamentos na saúde, entender que estas discussões são necessárias dentro dos serviços de saúde pois nem todas as pessoas adoecem da mesma forma.

3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS ENTRE USUÁRIOS LGBTQIA+

Os dados de caracterização dos sete participantes usuários LGBTQIA+ referentes a idade, gênero e orientação sexual, escolaridade podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2 – Variáveis de caracterização das participantes da pesquisa grupo de usuários LGBTQIA+.

Variáveis	Classificação	Nº de Participantes
Idade	20 - 25	4
	26 - 41	3
Escolaridade	Ensino Médio	1
	Ens. Superior	2
	Pós-graduação	4
Orientação sexual	Lésbica	0
	Bissexual	5
	Gay	1
Cisgênero ou Transgênero	Cisgênero	5
	Transgênero	2

Fonte: Dados dos autores, 2021.

Organizou-se o material das sete entrevistas em corpus de análise, no qual seguiu o mesmo procedimento metodológico com o material das entrevistas com os profissionais de saúde, no qual foi descrito anteriormente. Assim com o grupo de usuários LGBTQIA+ resultou em duas categorias e duas subcategorias de pensamentos, no qual representam as três formas de pensar o atendimento de pessoas LGBTQIA+ na atenção básica conforme os usuários

LGBTQIA+. Sendo elas: Lidando com os “armários” da UBS: entraves e possibilidades para o acolhimento de qualidade para usuários/as LGBTQIA+ e Somos todos iguais? Atravessamentos da Equidade, Direitos Humanos e Políticas Públicas

3.2.1 Categoria 1: Lidando com os “armários” da UBS: entraves e possibilidades para o acolhimento de qualidade para usuários/as LGBTQIA+

Esta categoria reúne percepções das pessoas LGBTQIA+ sobre o atendimento público nos serviços de atenção básica, quais são as cognições que lhe vem à mente ao pensarem nos membros da comunidade LGBTQIA+ e o seu acesso aos serviços de saúde, o acolhimento nas unidades de saúde, além, da qualificação profissional e o cuidado com as questões específicas deste grupo que tem perpassado pela atenção básica em saúde. Para isso esta categoria se dividiu-se em duas subcategorias: “Perspectivas normativas em saúde e necessidades de afirmação de existências possíveis”, e “Reinvein(A)ção do SUS e da formação acadêmica: LGBTQIA+ também é gente”.

3.2.1.1 Subcategoria 1: Perspectivas normativas em saúde e a necessidades de afirmação de existências possíveis!

Os participantes da pesquisa referiram que não sentiram dificuldades de acessarem os serviços de saúde e que foram respeitados, mas ressaltam que existem questões a serem melhoradas no atendimento. Uma participante transexual relatou a situação em que se sentiu constrangida no atendimento em saúde, mas este ocorreu no sistema de saúde privado, bem como também relatou o caso de um amigo transexual de outra cidade, em que o profissional de saúde não teve uma postura adequada durante o atendimento com o usuário.

Me senti respeitado isso sim, de todas as formas tentaram saber como eu gostaria de ser tratado, mas eu não sei se isso acontece com outras pessoas trans, isso foi comigo.
Beija-flor

Um pensamento presente nesta categoria se referiam a necessidade da equipe da UBS validar as existências LGBTQIA+, expressando-se de forma pública, para que as pessoas deste grupo se sintam permitidas a expressarem seus modos e ser, e durante a procurara no serviço de saúde e sentirem-se acolhidas, mesmo que essa procura não esteja relacionada especificamente com seu gênero e sexualidade. Sendo por vezes alguns usuários apresentam receio em dizer fazer parte deste grupo devido ao preconceito presente na sociedade, o que é compreensível, pois estes já sofreram preconceito diversas vezes devido a sua orientação

sexual, que como estratégia de proteção recorre a sua ocultação. No entanto no cuidado integral em saúde se faz importante compreender a orientação sexual do usuário para se dar um cuidado específico e direcionamento durante o atendimento.

Durante a fala de Arthur, ele aborda a necessidade em mostrar para as pessoas LGBTQIA+ os seus direitos, a existência de uma política pública que as defendam, assim informando que ali neste local de saúde este grupo é bem-vindo e os profissionais abertos para o acolhimento das especificidades:

Eu acho que principalmente em mostrar que essas pessoas têm acesso, é assim como se mostra a questão de idoso por exemplo, é uma política pública realmente, mostrar que essas pessoas podem procurar, elas devem procurar, elas têm direitos, e isso passa por uma divulgação adequada, para elas primeiro saber que tem direito e podem (...). É mostrar realmente que tem espaço e que tem direito, e que tem as pessoas adequadas para atender, senão não vai resolver muito. Arthur

A participante Madalena, quando questionada sobre qual categoria do grupo LGBTQIA+ sofre mais no atendimento em saúde, ela relata: “Acho que é o gay que é mais feminino, a lésbica que masculina, as travestis, transexuais, os meninos trans, principalmente as meninas trans, (...)”. Se evidencia na sociedade a estigmatização de pessoas que rompem com o estereotipo de gênero do que é desejado e esperado do ser homem e ser mulher, no qual o homem tem que ter características de forte, bruto, e performar sua masculinidade, a mulher é desejado que seja feminina, meiga. Outros corpos rompem normas da cisgeneridade sexo-gênero, pessoas transgêneros, não-binários e travestis possuem identidades de gênero diferente do que foi designada em seu nascimento, sendo que genitália não é definidora de identidade de gênero.

São criadas caixinhas e nelas são colocadas o que é ser homem e ser mulher, pela aparência, as pessoas presumem qual seja sua orientação sexual, por meio de seu jeito de se vestir e se portar, e assim são rotuladas pela sociedade. A questão da “aparência” é evidenciada na fala de Fernanda, além da invisibilidade bissexual:

Na maioria das vezes como eu disse, por ser bissexual sou tratada como heterossexual, não tive assim nenhuma pergunta constrangedora, porque as pessoas olham para minha cara assim, e pensam, “é hétero” né, não tive nenhuma pergunta em relação a isso, (...).

De forma geral, na sociedade, muitos mitos e tabus envolvem a bissexualidade. A bissexualidade é considerada uma das diferentes formas de expressão da sexualidade humana, sendo tão legítimas como quaisquer outra. Ela rompe com os padrões da normatividade binária aonde seu desejo é apontado para um homem ou para uma mulher. Isso faz com que tanto em pessoas heterossexuais quanto homossexuais, tendam a não a validar e apontando as pessoas bissexuais como confusas. A visão que a sociedade tem sobre a bissexualidade é permeada por

fantasias. Existe uma visão distorcida da pessoa bissexual, como sendo “curiosa”, normalmente isso é visto e reproduzido pela mídia. Outra forma de estigma contra bissexuais é a crença de que pessoas bissexuais são promíscuas, contudo a promiscuidade pode ocorrer independente de orientação sexual.

Foram muitas as falas referentes a um adicional grau de dificuldades sociais e fatores estressores nas diversas questões da vida, como saúde, trabalho, estudos, diversos são os atravessamentos presentes nas identidades transexuais, e que afetam de forma negativa seus modos de existir. E historicamente pessoas transexuais possuem menos acesso a serviços de saúde e educação, devido aos preconceito e estigmas sofridos. Vale destacar que a transexualidade se refere a uma questão de identidade de gênero, a forma como o indivíduo se percebe, sendo isso diferente da orientação sexual das pessoas LGB, no qual neste caso diz respeito ao alvo de seu desejo. Sendo que recentemente na 11ª versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID) a transexualidade deixa de pertencer a categoria de transtornos mentais.

Em pesquisa de Cesaro (2016), no qual buscou identificar a percepção das travestis em prostituição, do município de Confresa-MT, frente aos atendimentos nos estabelecimentos públicos de saúde, os resultados revelam fragilidade das ações direcionadas à sua realidade, uma escassez de atividades que direcionem a promoção da integralidade e da equidade para com esses indivíduos. O preconceito tem sido presente entre as consultas na unidade, de forma subliminar, por meio de olhares e risadas.

Quando questionado o acesso das pessoas LGBTQIA+, Arthur coloca:

vou me colocar como exemplo, eu procurar um serviço no SUS as pessoas lá aceitam, porque eu lá, se eu não falar que sou gay as pessoas podem ficar desconfiadas em fim, eu acho que isso é muito mais difícil para as pessoas que aparentam, que são transexuais, travestis, é muito pior. Porque eu acho que elas nesse caso são ridicularizadas e a gente sempre vai encontrar alguém preconceituoso em qualquer lugar, acho mais ou menos por isso.

Os entrevistados quando questionados sobre qual grupo acha que sofre mais preconceito no cuidado em saúde nos serviços de saúde, a grande maioria relatou que se tratavam de homens e mulheres trans, e travestis. Observamos esse pensamento na fala de Marcos e Fernanda:

Com certeza as travestis e as trans. Para elas além da questão da vulnerabilidade social está o estigma de ousarem de ter nascido no corpo masculino e se transformarem, isso é das mais variadas formas, servegonhice, falta de deus, elas sofrem muito, isso é a minha percepção, eu não sou deste grupo específico, mas não tem como enxergar isso, pra mim é isso. Marcos

Pessoas transgênero que não são gêneros binários é muito, também são negados de existência, “não, você não é isso, ou você é uma coisa ou é a outra”, então existe uma hierarquia que vai muito além de ser gay ou lésbica, que é mais visto por aí. Fernanda

Garcia et.al. (2016) buscou identificar as Representações Sociais de saúde e principais desigualdades, obstáculos e desafios vivenciados pela população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais com relação ao acesso aos serviços de saúde, tratou-se de uma pesquisa qualitativa, aonde foi aplicada entrevista semiestruturada com pessoas pertencentes a categoria LGBT. Os materiais das entrevistas foram organizados segundo método de Bardin e analisados sob a perspectiva das Representações Sociais. Entre os resultados os autores destacam a existência de um círculo vicioso, no qual o indivíduo não procura os serviços de saúde, e o profissional de saúde desconhece as necessidades do grupo. Alguns relatos revelam dificuldades ao desempenho profissional, o despreparo, o preconceito institucional como desafios ao acesso a saúde, falta de qualificação e conhecimento frente as necessidades específicas desse grupo.

Na pesquisa de Carvalho (2013) no qual buscou compreender quais são as representações sociais de mulheres lésbicas sobre atenção à sua saúde. Na metodologia da pesquisa foi utilizada a entrevistas semiestruturadas, aonde foram entrevistadas cinco mulheres de POA/RS, tendo como pano de fundo para análise a Teoria das Representações Sociais. Os resultados encontrados apontam para um receio da revelação ou não da orientação sexual, diante de um temor de sofrer alguma discriminação. Quando houve a revelação da orientação sexual durante os atendimentos, houve o silenciamento do tema, a presença de mitos e ideias falsas sobre o corpo da mulher lésbica. E no momento que a mulher não revela a sua orientação sexual, o profissional pressupõe que ela seja heterossexual, sendo isso outra forma de seu apagamento durante o atendimento. As participantes da pesquisa relataram a necessidade de uma qualificação dos profissionais de saúde para que a temática LGBT seja inserida e vivenciada nas demais políticas públicas de saúde.

A teoria do Estresse de Minorias (EM) nos ajuda a compreender o adoecimento sofrido por pessoas pertencentes a minorias sociais e que profissionais de saúde precisam se atentar. Tratando-se de uma teoria interseccional, pois argumenta que quanto mais status de minoria se acumularem (por exemplo, raça/etnia, classe social e orientação sexual), mais prejuízos na saúde mental a pessoa terá. A teoria do EM, foi elaborada especificamente para descrever as experiências de pessoas LGB e os estressores específicos de minorias sexuais, mas mesmo tendo sido desenvolvida para pessoas LGB, ela tem sido adaptada para outras minorias, como pessoas transgênero e pessoas LGB não-brancas. A teoria do Estresse de Minorias (EM) apresenta que minorias sociais vivenciam estressores adicionais aos estressores do cotidiano, que ocorrem independente de uma circunstância de vulnerabilidade social. Essa vulnerabilidade

social decorre por serem minorias sexuais, numa sociedade que coloca a heterossexualidade como norma. Entre os prejuízos estão, o estresse crônico, desfechos negativos em saúde mental, como depressão e ansiedade. Além de estar associado a patologias físicas, como hipertensão arterial e diabetes. As relações interpessoais e o trabalho também são afetados, do indivíduo pertencente ao grupo minoritário (PAVELTCHUK; BORSA, 2018).

3.2.1.2 Subcategoria 2: Reinven(A)ção do SUS e da formação acadêmica: LGBTQIA+ também é gente!

Quanto a preparação profissional para atender as demandas específicas deste grupo, os participantes da pesquisa relataram a necessidade de cursos, capacitações, e aspectos relacionados ao vínculo profissional-usuário. No trecho abaixo Arthur comenta sobre a preparação dos profissionais para atender as demandas do público LGBTQIA+:

Eu acho que não tem muita, eu acho, é o que me parece, não em muita. Porque senão eu não estaria te dizendo que as pessoas nem procuram o serviço de saúde por achar que ela não vai ser bem-vinda, que não vai ter o acolhimento e tudo mais, eu acho que não existe um preparo para receber este tipo de população, para receber em um hospital um travesti, acho que não existe preparo. Arthur

Também sobre a preparação dos profissionais a participante Fernanda realiza uma crítica a partir de sua experiência no campo da educação, ressaltando a necessidade de se sair do lugar passivo e cômodo de colocar a responsabilidade em algo externo, para que se reconheça a sua parcela de responsabilidade, e exercer a autonomia na busca e informações e formação.

Sobre a formação não vou saber te dizer pois não estudo isso, mas pelo que li em geral da minha área de educação, se diz “aí eu não fui formada pra isso e então eu não aprendi, não tive curso, não tive uma disciplina na faculdade sobre isso, então eu não sei”, isso sempre vai ser uma desculpa que vai servir para tudo, que seria uma terceirização da culpa dizer, ninguém me ensinou então não sou obrigada a fazer, sendo que a pessoa pode por si mesma pesquisar, eu mesma nunca participei de uma palestra sobre isso, e por conta fui pesquisar, (...), você pode buscar essa formação, se não é uma formação é uma informação né. Se não há formação pra isso acredito que é complicado, tem que ter, e a pessoa também pode ir atrás. Fernanda

A cultura do gay ser promiscuo, estereotipo do gay afeminado, do gay que aparece na televisão, são presentes nas falas dos participantes. Fernanda relata:

(...) e aí dentro das situações que eu conheço, quando vão procurar o atendimento as primeiras coisas que vão investigar é o caso da promiscuidade, se tu está doente está com AIDS, não é assim, (...).

Na fala de Madalena ressaltado esta questão, a representação social da pessoa LGBTQIA+ como portadora de alguma doença sexualmente transmissível, sendo uma visão que precisa ser questionada:

Eu acho que eles têm muito para se preparar ainda, muito, mas isso seria geral não só no público. Desde a recepção, desde os médicos, até o acolhimento poderia ser melhor. Alguns anos atrás toda vez que tu ia numa UBS com gripe vinha a enfermeira, “vamos fazer um examezinho de sangue, fazer um teste, faz tempo que você não faz um teste!”, aí já acham que tu tem uma doença ligado a sexualidade, pode ser o problema que for que tu for lá eles geralmente, não sei agora, mas antigamente acontecia muito isso. E essa preocupação eles não chegavam em um senhor hétero e casado, e falava “vamos fazer um exame de sangue, um testezinho”, era só para nós. Madalena

Em prefácio da publicação “Gênero na psicologia: transversalidades”, Zanello (2020), escreve que, existe um parâmetro naturalizado para todos os grupos é o sujeito homem, branco, cisgênero, heterossexual e europeu/americano. A partir deste padrão de sujeito é que são ditas as normas das quais os diferentes grupos e modos de existência humana serão escutados, compreendidos e avaliados. Dessa forma existe uma grande diferença entre esta norma e a realidade brasileira e que é atendida pelo SUS.

Além do preconceito relativo a orientação sexual, é importante considerar o preconceito diante das expressões de gênero, no qual não estão em conformidade com as hegemônicas. Ou seja, um homem homossexual ou heterossexual que apresenta maneiras de ser e de expressar, com comportamentos que culturalmente são consideradas femininos apresenta grandes chances de sofrer preconceito, o mesmo ocorre com as mulheres que apresentam e expressam atitudes ditas pela sociedade como sendo masculinas (COSTA; BANDEIRA; NARDI, 2015).

Quanto a visibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais nos serviços de saúde, em pesquisa de Ana Paula Mello, “Panorama da Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais: um olhar a partir do discurso de profissionais de saúde da família”, as entrevistas relataram possuir dificuldades durante a abordagem com as mulheres lésbicas e bissexuais. Normalmente elas não sabem como conduzir um atendimento específico para mulheres lésbicas e bissexuais, quando identificadas, desta forma, vindo a seguir o mesmo protocolo de atendimento para as mulheres heterossexuais. A autora ainda coloca que as mulheres lésbicas são invisibilizadas nos serviços de saúde. Sua identificação não acontece de forma direta em consultas, mas sim pela identificação de características ditas do gênero masculino, como por exemplo quando alguma delas possui “cabelo curto, jeito masculino, e estilo de roupa”. Quando elas não atendem a estes critérios passam a serem invisibilizadas, e com suas necessidades específicas não atendidas. Ainda, existe a falsa crença de que mulheres que fazem sexo com outras mulheres não estão sujeitas a transmissão de IST's e AIDS/HIV, assim não sendo necessário orientações específicas. Esta ideia estaria ligada a ideia de que sexo entre mulheres não é sexo por supostamente haver penetração e não teria contaminação (BRASIL, 2014).

Essa falta de sensibilidade em abordar questões do mundo das mulheres que transam com outras mulheres demonstra a necessidade de debater-se este assunto durante a graduação dos futuros profissionais da saúde e nos programas de educação permanente, visando garantir uma escuta qualificada, assim garantindo o acesso e a integralidade dos atendimentos (BRASIL, 2014).

Resultados semelhantes evidenciados nesta categoria também foram constatados na pesquisa de Santos et. al. (2020) no qual buscou compreender as percepções sobre o acesso de homossexuais masculinos ao SUS, os resultados expõem a falta de serviços que atendam às demandas específicas desta população e a fragilidade nas respostas do sistema de saúde dadas às suas necessidades, além da ideia de que a saúde do grupo se restringe a infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ainda para os participantes deste estudo não existe qualificação profissional para atender as demandas específicas e, muitas vezes, o processo de formação dos profissionais resulta em ações de reprodução de preconceito e discriminação.

3.2.2 Categoria 2: Somos todos iguais? Atravessamentos da Equidade, Direitos Humanos e Políticas Públicas

Nesta categoria buscou-se investigar as representações sociais referentes ao entendimento sobre Direitos Humanos, conceito de equidade, o conhecimento sobre políticas públicas para usuários LGBTQIA+, e se dentro das rodas de amigos e do coletivo LGBTQIA+ costumam debater sobre estes temas.

Nesta pesquisa a equidade ainda é um conceito que nem todas as pessoas conhecem, costumam o relacionar com igualdade, no entanto apresentam diferenças, tanto equidade e igualdade são princípios importantes do SUS, porém para a população LGBT se faz importante pautar um atendimento pautado na equidade.

Sobre a equidade Arthur afirma:

Eu acho que pouco entendo, pra ser sincero, não sei em o que te dizer. Mas eu pouco entendo por isso, mas deveria entender melhor.

Beija-flor e Marcos revelam mais conhecimento a respeito deste tema:

(...) pois nem todas as realidades são iguais, uns precisam de mais, outros de menos, talvez alguns precisariam dar mais recursos que outros por causa dos impostos. Beija-Flor.

Olha só, eu vejo que está longe termos uma equidade neste tratamento, porque não podemos esquecer que os agentes ali também são seres humanos, e mesmo tendo um código de ética por trás, que você disse, que a equidade é um dos princípios do SUS, mas temos pessoas por trás daqueles jalecos e essas pessoas trazem consigo seus preconceitos. Marcos.

Os participantes da pesquisa em sua maioria conseguem captar o entendimento sobre equidade, referem como sendo algo importante para a categoria LGBTQIA+ pois nem todas as realidades são iguais, as pessoas possuem diferentes necessidades, além de comentarem que ainda estamos longes da efetivação da equidade no SUS para estes. Podemos entender a equidade a partir da definição de Malta (2001, p. 135-136):

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas [...]. Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas 'naturalmente', mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade.

Marcos avança no debate sobre equidade e apresenta sua opinião em relação a atitudes de preconceito:

Olha só, eu vejo que esta longe termos uma equidade neste tratamento, porque não podemos esquecer que os agentes ali também são seres humanos, e mesmo tendo um código de ética por trás, que você disse, que a equidade é um dos princípios do SUS, mas temos pessoas por trás daqueles jalecos e essas pessoas trazem consigo seus preconceitos. E muitos relatos, até por trabalhar com as pessoas LGBT, muitos atendimentos, por exemplo, estou com uma suspeita de IST, vou fazer uma consulta, junto com essa consulta sempre vem um conselho para que a pessoa mude a vida dela, tenha relações sexuais com preservativo, faça exames com frequência, mas junto vem uma espécie de apelo para que a pessoa mude o seu estilo de vida, eu vejo que isso não é equidade, não esta respeitando a individualidade da pessoa que esta chegando lá.

Sobre o entendimento dos Direitos Humanos, os participantes o caracterizaram como um conjunto de leis, como direitos iguais independente da orientação sexual, como um caráter de humanização, e forma de acesso igualitário, e a liberdade de existir. Muitas pessoas LGBTQIA+ vivem sob o medo de expressar sua orientação sexual e identidade de gênero, tendo seu direito de existência negado.

Fernanda relaciona direitos humanos com o processo de humanização:

É processo de humanização que não acontece de forma natural, e que tem buscar sempre a humanização, de as pessoas se sentirem seres humanos e perceberem as outras também como seres humanos. Fernanda.

Flor entende os direitos humanos como um acesso igualitário:

É a garantia da igualdade para todos, do acesso igualitário dos serviços, dos bens, da dignidade em fim. A gente vê tanto direcionamento dos direitos, das condições de vida, tantas pessoas que tem tantos acessos, tantas possibilidades, e algumas que não tem. Então acredito que os direitos humanos devem garantir o acesso igualitário para todos, para todas as condições econômicas, de saúde, educação, acho que isso.

Quando buscou-se compreender a representação social das políticas públicas para este grupo, os participantes sentiram dificuldades em nomear algumas políticas e programas que conheciam, as que foram citadas foram as relacionadas ao atendimento de pessoas transgêneros,

como no caso do nome social, os ambulatórios de atendimentos a pessoas transgênero, o hospital de clínicas de POA, no qual é referência para o atendimento de pessoas trans nesta região.

Artur e demais participantes revelam desconhecimento sobre as políticas públicas voltadas para os usuários LGBTQIA+, conforme vemos na fala de Arthur:

Na verdade, não, o que mais me preocupou foi isso quando topei em participar, porque realmente eu não conheço, talvez exista e eu não conheça pois não existe uma divulgação desta área. (...) eu fiquei meio assim, mas depois pensei, é um dado interessante eu compartilhar isso contigo, talvez seja falta de conhecimento meu, mas eu não conheço nenhuma.

Em pesquisa de Nogueira e Aragão (2019), percebeu-se entre profissionais e usuárias o desconhecimento da existência da PNSI LGBT, assim como outros direitos garantidos por esta população. Apesar das políticas serem uma conquista da população elas são poucas conhecidas pela própria população, destaca-se a participação social e controle social do SUS como princípios organizativos como importantes para a melhora e manutenção deste sistema e a efetivação das políticas públicas.

Os direitos humanos, políticas públicas e a equidade representam importantes ferramentas para a categoria LGBTQIA+ na sua luta pelos seus direitos, que sempre precisam ser lembradas, reafirmadas e incorporadas nas pautas das lutas pelos direitos para assim alcançar mudanças. De acordo com Lionço (2008), se faz necessário resgatar a comunidade LGBT como sujeitos de direitos, reafirmar a universalidade dos direitos humanos, uma vez que o preconceito e estigma afetam o exercício da cidadania.

Flor lembra-se de algo, mas relacionado mais a prevenção de IST's, aonde todas as pessoas podem adquirir independente de orientação sexual:

Pois é, que difícil, acho que não conheço nenhuma específica. Foi tentado fazer umas preventivas para a população ensinando a usar preservativos, eu acho que é só isso que eu me recordo, não mais que isso.

Já Beija-flor evidencia a falta de informações quando conversamos sobre as políticas públicas: “Considero bem escassas, falta informação e visibilidade.”. Fica evidente que informações relativas a saúde da população LGBTQIA+ e políticas públicas não estão chegando ao grupo no qual ela se destina. Madalena também afirma a falta de discussão deste tema: “É uma pergunta complicada, na nossa região eu não vejo muito isso específico para nosso público, não vejo algo específico pra isso, (...)”. Falar sobre sexualidade, questões relativas ao público LGBTQIA+ ainda é um tabu, muitas fantasias e desinformações giram em torno deste tema.

Diante destes dados é primordial o investimento em uma comunicação que permita a implantação das políticas públicas, para que saiam do papel e se efetivem na prática, um cuidado

que não seja fragmentado, que profissionais, usuários, equipes, gestores possam dialogar e produzir trocas de saberes entre si, pois ninguém é dono da verdade absoluta. Boa parte das dificuldades e desafios do SUS acontece pela forma como os processos comunicacionais se dão na prática do trabalho em saúde. Entre tantos protocolos para preencher, filas de espera enormes, casos de urgência, não sobra tempo para dialogar sobre algo que não seja o sintoma (SILVA; ROCHA, 2013).

Em tese de Silva e Rocha (2013), existe um desconhecimento do usuário de sua importância dentro do sistema, e a cultura em que vivemos colabora para a manutenção deste comportamento, aonde não nos sentimos corresponsáveis pelas transformações sociais, e o desconhecimento do poder popular. Pois o SUS se faz na democracia, e a participação dos usuários é de extrema importância, é necessário dar voz para todos da população para efetivar um SUS no qual em seus princípios estabelece a igualdade, equidade e participação social um SUS que todos os grupos sociais sejam representados e ouvidos em suas singularidades, e necessidades atendidas.

As representações sociais permitem identificar as formas de relações entre as pessoas, objetos e o mundo, como as pessoas se adaptam, orientam-se, localizam-se, reconhecem e solucionam problemas (SILVA, 2017). Desta forma podemos pensar a forma como a comunidade LGBTQIA+ tem se relacionado com os serviços de saúde na atenção básica, e a sua representação social para os usuários LGBTQIA+. Percebem os serviços de saúde como espaços com atuações heteronormativas, que melhorias necessitam serem feitas quanto ao aperfeiçoamento profissional relativos as questões que envolvem o atendimento aos usuários LGBTQIA+. Percebem como reprodutores de estigmas e preconceitos, mesmo que de forma sutil, muito presente estereótipos sobre as pessoas LGBTQIA+ que as pessoas carregam de forma involuntária, o que acaba não aproximando os usuários LGBTQIA+ do serviço.

Nota-se uma posição de desconhecimento sobre seus direitos, pouca difusão de informações sobre estes temas. Os participantes da pesquisa como usuários LGBTQIA+ e membros da comunidade devem exercer o controle social e pressionar os serviços de saúde para que estes atendam suas necessidades, e isso perpassa o conhecimento a respeito do SUS, das políticas públicas para que sejam cobradas sua efetivação aos gestores da saúde, e isso se faz com educação e comunicação em saúde.

4. CONCLUSÕES

Ao final deste trabalho, destacamos que seus objetivos foram alcançados, no qual buscou compreender as representações sociais dos usuários LGBTQIA+ que procuram atendimento na rede SUS, bem como também compreender as representações sociais dos profissionais de saúde em relação ao atendimento aos usuários LGBTQIA+. Verificou-se que os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram com outras pesquisas realizadas com a mesma temática em diversos locais do país.

A representação social sobre o cuidado de pessoas LGBTQIA+ para profissionais de saúde, estão presentes pensamentos de que o acesso a este grupo é igual aos demais usuários do sistema. Vemos a representação social dos profissionais de saúde ancoradas em crenças ligadas a IST's. Quanto a representação social das políticas, direitos humanos e equidade, o conteúdo desta representação é o desconhecimento das políticas públicas voltadas aos usuários LGBTQIA+, e a insensatez quanto a definição de equidade.

A representação social para o grupo de pessoas LGBTQIA+ trazem ideia de avanços que precisam serem feitos, reconhecimento de necessidades específicas, e a discussão deste tema desde a graduação e a capacitação dos atuais profissionais. Demostram serem bem atendidos, no entanto ainda são presentes lacunas nos atendimentos no que tange a questões de gênero e sexualidade. De forma que os serviços de saúde tendem a reproduzirem lógicas heteronormativas, machistas, binárias e cisgêneras.

Se faz importante que a comunidade LGBTQIA+ conheça seus direitos e o funcionamento do SUS, que existem políticas públicas específicas para estes, e que se sintam acolhidos nos serviços de saúde. Para isso é necessário investimento na divulgação de informações. Além do exercício do controle social na cobrança da efetivação das políticas públicas junto aos gestores de saúde.

Com os resultados é possível observar, nos serviços de saúde um enorme distanciamento entre o que está previsto em políticas públicas, o que é estabelecido nos princípios do SUS e na PNSI LGBT e o que realmente se efetiva no cotidiano do cuidado à saúde de LGBTQIA+, isso é percebido diante das falas tanto dos profissionais entrevistados quanto dos usuários LGBTQIA+.

Como limitações do estudo vemos a quantidade de participantes, em uma pesquisa de maior porte e tempo é possível realizar com um número maior de pessoas, o tipo de metodologia utilizada no qual não se pode generalizar os resultados para outras localidades, por isso sugerimos que este estudo seja replicado em outras localidades.

Diante destes paradigmas normativos, como sugestões a serem implementadas frisamos a importância da educação permanente com a inclusão na agenda a temática LGBTQIA+, sexualidade e gênero, cisgeneridade e transexualidade, ampliação do debate sobre a PNSI LGBT, condutas afirmativas, desenvolvimento de habilidades de competência multicultural, maior aproximação entre a comunidade LGBTQIA+ e equipe de saúde.

Uma equipe de apoio matricial e profissionais de psicologia poderiam trazer importantes avanços e contribuições para os cuidados de pessoas LGBTQIA+, trabalhando-se com o letramento funcional em saúde (LFS) no qual articula a comunicação, assimilação de informações referentes a saúde, e empoderamento coletivo e individual.

Além da importância de olhar para si e seus próprios valores pessoais e culturais avaliando como estes interferem na prática profissional, olhando para seus sentimentos e emoções despertados durante o atendimento destes usuários.

Quanto aos profissionais que ainda não concluíram suas graduações, esperamos que esta temática também seja incluída nos debates acadêmicos, mas que isso não seja realizado de forma isolada pois se corre o risco que se perca este conteúdo em meio aos demais, mas que permeie toda formação profissional de forma transversal no currículo acadêmico com um olhar ético.

5. REFERÊNCIAS

BARCELOS, Letícia Veríssima Martins; JUNIOR, Jaime Charret da Silva. Reflexão sobre a proposta de implantação de linha de cuidado voltada para a saúde integral da população LGBT. **REVA Acad. Rev. Cient. da Saúde**: Rio de Janeiro, RJ, v.3 n.1 p. 46-54, 2018.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1.ed. São Paulo, SP: Edições 70, 2011.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2019.

BRASIL. **Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais**. Relatório da Oficina “Atenção Integral à Saúde de Mulheres Lésbicas e Bissexuais” realizada em Brasília de 23 a 25 de abril de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/31/livreto-atencao-a-saude-de-mulheres-lesbicas-versao-web.pdf>> Acesso em: 14 de julho de 2019.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2003.

CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 3, pág. 552-563, 2012.

CARVALHO, Vanessa Azambuja de. **As representações sociais de mulheres lésbicas sobre a atenção à saúde**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública), Curso de especialização em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2013.

CESARO, Cleyton Geovani Kremer de. Políticas Públicas de saúde à População LGBT: Percepção das travestis que se prostituem diante da realidade da cidade de Confresa –MT. **Revista de Antropologia do Centro-Oeste (ACENO)**, v. 3, n. 5, p. 223-241, 2016.

COSTA, Angelo Brandelli; BANDEIRA, Denise Ruschel; NARDI, Henrique Caetano. Avaliação do preconceito contra diversidade sexual e de gênero: construção de um instrumento. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 32, n. 2, p. 163-172, 2015.

FERREIRA, Breno de Oliveira; PEDROSA, José Ivo dos Santos; NASCIMENTO Elaine Ferreira. Diversidade de Gênero e acesso ao Sistema Único De Saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, n.31v.1: p.1-10, 2018.

GARCIA, Cíntia de Lima et al. Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v.26, n.1, p. 95-100, 2016.

GUIMARÃES, Rita de Cássia Passos. **Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Programa De Pós-Graduação Em Saúde Coletiva Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leoncio. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002.

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

MALTA, Deborah Carvalho. **Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2001.

MOSCHETA, Murilo dos Santos; FEBOLE, Daniele da Silva.; ANZOLIN, Bárbara. Visibilidade Seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change.**, v. 7, p.71, 2016.

NOGUEIRA, Francisco Jander de Sousa.; ARAGÃO, Thalia Ariadne Peña. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: o que ocorre na prática sob o prisma de usuários (as) e profissionais de saúde. **Saúde e Pesquisa**, Maringá /PR v. 12 n. 3, 2019.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019.

Paveltchuk, Fernanda de Oliveira. **Estresse de Minorias em Pessoas LGB e Desfechos de Saúde Mental**. Rio de Janeiro, 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, Luís Eduardo Soares dos et al. O acesso ao Sistema Único de Saúde na percepção de homossexuais masculinos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 2, 2020.

SEFFNER, Fernando. **Derivas da masculinidade: representação, identidade e diferença na masculinidade bissexual**. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SILVA, Ana Luísa Remor da. **Atenção básica à saúde da população LGBT: uma análise bioética a partir das representações sociais de trabalhadores da saúde**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Representações Sociais De Trabalhadores Da Atenção Básica À Saúde Sobre Pessoas LGBT. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2019.

SÊGA, Rafael Augustus. O Conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Anos 90**, Porto Alegre, n. 13, julho. 2000.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 767-776, Apr. 2015.

ZANELO, Valeska. Prefácio. In.: DENEGA, Alessa Montalvão Oliveira; ANDRADE, Darlene Silva Vieira; SANTOS, Helena Miranda, *et al.* **Gênero na psicologia: transversalidades**. Salvador: Conselho Regional de Psicologia-03, 2020.