

DOI: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2327>

Assistência à saúde da população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?

Health assistance of LGBT people in a Brazilian capital: what do Community Health Agents say?

Atención de la salud de la población LGBT en una capital brasileña: ¿qué dicen los Agentes Comunitarios de la Salud?

Rita de Cássia Passos Guimarães¹
Edu Trute Cavadinha²
Ana Valéria Machado Mendonça³
Maria Fátima Sousa⁴

RESUMO: Considerando-se a Atenção Básica como campo privilegiado para implementação de políticas de equidade e o agente comunitário de saúde, em virtude de sua função de elo entre comunidade e serviço, um ator estratégico para o seu sucesso, o presente artigo teve como objetivo investigar a percepção destes profissionais em cinco Unidades Básicas de Saúde da cidade de Goiânia, Brasil, quanto ao atendimento integral à saúde da população LGBT. O método utilizado foi o Discurso do Sujeito Coletivo. Três discursos foram construídos relacionados a três ancoragens

1 Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (Departamento de Saúde Coletiva), graduada em enfermagem pela Universidade Católica de Salvador, tem especialização clínico-cirúrgica sob a forma de Residência. Seus estudos e pesquisas atuais concentram-se na área de Saúde Coletiva, Pesquisa Qualitativa, Gênero e Saúde e no uso da dramatização como ferramenta para potencializar programas de Comunicação e Educação em Saúde. UNB. Email: ritocapassos@gmail.com.

2Doutor em Ciências (Saúde Pública) pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública, possui graduação em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco. Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná - UFPR em 2008. Atualmente é pesquisador do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), coordenador do Observatório Nacional de Saúde LGBT e professor voluntário do Departamento de Saúde Coletiva da UNB.

3 Professora adjunta IV do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós doutora em Comunicação em Saúde. Possui doutorado em Ciência da Informação pela UnB, mestrado em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialização em Administração da Comunicação Empresarial e graduação em Jornalismo e Relações Públicas. Atualmente é coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM/UnB) e líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação em Comunicação em Saúde Coletiva (CNPq-Brasil).

4Doutora Honoris Causa pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2014), com pós doutorado realizado em 2015 pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília-UnB, mestre em Ciências Sociais pela UFPB, especialista em Saúde Coletiva e graduada em Enfermagem pela UFPB (1986). Professora adjunta IV do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde, onde atualmente é diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (2014-2018)

distintas que demonstram: 1. Minimização do problema, negação do preconceito e compreensão de barreiras como causadas pela própria população LGBT; 2. Negação da existência de barreiras ao acesso e à qualidade; e 3. Reconhecimento da existência de preconceitos que funcionam como barreiras e da necessidade de melhor capacitação das equipes. A partir destes resultados, foi possível inferir a negação do sexismo e das barreiras simbólicas, incompreensão do sentido de equidade, e o preconceito encarnado nas subjetividades destes profissionais, de forma semelhante ao que já foi encontrado em outros estudos envolvendo preconceitos e saúde, tais como de racismo institucional. No entanto, percebe-se também profissionais sensibilizados para a questão do respeito à diversidade e receptivos a processos formadores para melhor oferta de cuidado integral à população LGBT. Conclui-se que é preciso investir em metodologias ativas que permitam aos atores sociais expor e trabalhar seus valores e crenças, e reconhecer possíveis estigmas e preconceitos decorrentes deles, no sentido de oferecer uma atenção à saúde qualificada para a população LGBT.

Descritores: Equidade no Acesso; Política de Saúde; Sexismo; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT: Considering Primary Healthcare as a privileged field for the implementation of equity policies and the community health agent, due to their role as a link between community and service, a strategic actor for its success, this article aimed to investigate the perception of these professionals in five Basic Health Units of the city of Goiânia, Brazil, regarding the integral healthcare of the LGBT population. The method used to analyze the interviews was the Discourse of the Collective Subject. Three discourses were constructed related to three distinct anchorages that demonstrate the following results: 1. Minimization of the problem, denial of prejudice and understanding of the barriers as caused by the LGBT population itself; 2. Denial of the existence of barriers to access and quality; and 3. Recognition of the existence of prejudices that act as barriers and of the need for better training of the teams. From these results it was possible to infer the denial of sexism and symbolic barriers, incomprehension of the sense of equity, and the incarnated prejudice in the subjectivities of these professionals, similar to what has already been found in other studies involving prejudices and health, such as the institutional racism. However, it is also possible to perceive professionals who are sensitive to the issue of respect for diversity and receptive to training processes to offer better integral care to the LGBT population. It is concluded that it is necessary to invest in active methodologies that allow the social actors to expose and work their values and beliefs and to recognize possible stigmas and prejudices arising from them in order to offer a qualified healthcare to the LGBT population.

Keywords: Equity in Access, Health Policy, Sexism, Primary Healthcare.

RESUMEN: Se considera a la atención básica como un campo privilegiado para implementar políticas de equidad y al agente comunitario de la salud, en virtud de su función de conector entre la comunidad y el servicio, como un actor estratégico para el éxito, el presente artículo tuvo como objetivo investigar la percepción de estos profesionales en cinco unidades básicas de la salud, de la ciudad de Goiânia, Brasil, en relación a la atención integral de la salud de la población LGBT. Se utilizó el método discurso del sujeto colectivo. Se construyeron tres discursos relacionados a

tres anclajes distintos que demuestran lo siguiente: 1. Minimización del problema; negación del preconceito; y comprensión de barreras, generadas por la propia población LGBT; 2. Negación de la existencia de barreras al acceso y a la calidad del servicio; y 3. Reconocimiento de la existencia de prejuicios que funcionan como barreras, y necesidad de mejorar la capacitación de los equipos. A partir de estos resultados, se pudo deducir la negación del sexismo y de las barreras simbólicas, la incomprensión del sentido de equidad, y el preconceito encarnado en las subjetividades de estos profesionales, de forma semejante al que ya se encontró en otros estudios que implican prejuicios y salud, tales como el racismo institucional. Sin embargo, también se perciben profesionales sensibilizados con la cuestión del respeto a la diversidad, y receptivos a procesos formadores para mejorar la oferta del cuidado integral a la población LGBT. Se concluyó que es necesario invertir en metodologías activas, que permitan a los actores sociales exponer y trabajar sus valores y creencias, y reconocer posibles estigmas y prejuicios derivados de ellos, en el sentido de ofrecer una atención a la salud calificada para la población LGBT.

Descriptorios: equidad en el acceso; políticas de salud; sexismo; atención primaria de la salud.

INTRODUÇÃO

O preconceito e a discriminação aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormatizado são consensualmente reconhecidos na literatura como determinantes de saúde, uma vez que provocam vulnerabilidades específicas, constituem barreiras simbólicas ao acesso, influenciam a qualidade da atenção, e carregam forte potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura desta população¹⁻².

O artigo 196 da Constituição estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Essa exigência constitucional surge na lei orgânica da saúde 8080/90 sob a forma de três princípios orientadores do SUS: a *universalidade* que estabelece o acesso universal às ações e aos serviços de saúde, sem restrições de origem, raça, gênero, classe, religião ou qualquer outra forma de discriminação; a *integralidade* que implica na obrigatoriedade de oferecer uma atenção à saúde de qualidade, que vai da proteção e prevenção a todos os níveis de complexidade dos cuidados, envolvendo não apenas os aspectos biológicos, como também os psicossociais e culturais do atendimento, e necessitando, portanto, de ações intersetoriais; e a *equidade* que busca a correção das injustiças com populações historicamente vulneráveis, por meio de políticas e ações específicas, buscando reduzir as desigualdades em saúde. Dessa forma, as barreiras simbólicas ao acesso - impostas pelo preconceito e pelo estigma - obstaculizam o cumprimento do princípio da universalidade. O desconhecimento e/ou negligência por parte de gestores e profissionais de saúde dos aspectos psicossociais e necessidades específicas da população LGBT impede um atendimento integral, e o padrão heteronormativo das práticas de saúde, o processo de patologização das variantes comportamentais, o preconceito encarnado nas subjetividades de usuários e profissionais, e o sexismo institucional dificultam o cumprimento das ações previstas pelas políticas de equidade .

Em 2008, a 13ª Conferência Nacional de Saúde³ estabeleceu, pela primeira vez, que a orientação sexual e a identidade de gênero deveriam ser incluídas na análise da determinação social da saúde, com vistas à construção de políticas públicas, ratificando, assim, tanto a produção científica sobre o tema quanto às reivindicações dos movimentos sociais de defesa dos interesses da população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT).

Em 2011, através da portaria nº 2.836/2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PNSILGBT)⁴, construída em parceria com a sociedade civil, e tendo como objetivo estabelecer diretrizes e ações para as três esferas de governo no que se refere à promoção, prevenção e recuperação no cuidado em saúde, enfatizando a importância da redução das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual. Ela torna-se, assim, um valioso instrumento de luta contra a homofobia, lesbofobia e transfobia no campo da saúde, e contra o preconceito institucional no Sistema Único de Saúde (SUS).

O objetivo principal da política é promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuir para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. Quando faz referência ao preconceito institucional, a política reconhece, explicitamente, a vulnerabilidade da população LGBT, quando exposta ao preconceito e à discriminação de profissionais de saúde em serviço, o que desqualifica a atenção dispensada, e compromete a eficiência do sistema de saúde como um todo. Tendo menos de quatro anos completos, apesar de já instituída em quase todas as regiões do país, ela é ainda pouco conhecida pelos profissionais de saúde.

Concebidas como portas de entrada pelo modelo de atenção utilizado no SUS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial quando contam com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), representam os espaços ideais para a implementação das ações oriundas de políticas públicas dirigidas à equidade⁵. No entanto, são muitos os desafios para a reorganização de serviços, protocolos e rotinas na Atenção Básica, sob a perspectiva de superação da discriminação e preconceito e da prática da integralidade e equidade, o que exige dos sujeitos, da coletividade e das instituições mudanças de valores, baseadas no respeito à diversidade, o que se constitui ainda um obstáculo.

Um profissional de destaque para a ESF é o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Ele representa dentro dela o elo entre a comunidade e o próprio sistema de saúde, realiza atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de ações coletivas ou individuais, sob a supervisão do gestor e conforme diretrizes do SUS, além de ter acesso aos domicílios e, conseqüentemente, à privacidade das famílias⁶⁻⁷. Assim sendo, torna-se um ator fundamental para abordar as questões que envolvem preconceitos e estigmas circulantes tanto na comunidade quanto nas unidades de saúde.

Com vistas a verificar a implantação nas UBS de ações oriundas da PNSILGBT, e considerando a importância dos ACS enquanto elos entre a comunidade e as UBS, foi realizada esta pesquisa de natureza qualitativa envolvendo cinco unidades de saúde da família na cidade de Goiânia, e tendo como objetivo central compreender as representações sociais dos ACS quanto ao atendimento integral à saúde da população LGBT, buscando verificar processos discriminatórios que funcionem como barreira ao acesso e/ou como causas da redução de qualidade dos cuidados ofertados à população LGBT.

Preconceito e discriminação contra a população LGBT no âmbito dos serviços de saúde

A literatura tem demonstrado que na etapa de elaboração da política, o diálogo com lideranças e movimentos sociais facilitou a construção de um texto de qualidade, capaz de dar cobertura às principais demandas da população alvo⁸⁻⁹. No entanto, a implementação efetiva das ações se depara com resistências políticas locais, motivadas por posições morais, muitas vezes de ordem religiosa, e nas subjetividades que envolvem funcionários e profissionais de saúde, refletidas em condutas muitas vezes discriminatórias e estigmatizantes¹⁰⁻¹¹.

Em um estudo realizado nas mídias sobre religiões cristãs e homofobia no Brasil os autores revelam um cenário de ódio, repulsa e repressão a toda e qualquer manifestação de diversidade sexual. Trechos da Bíblia são citados por religiosos para reforçar tais discursos, como a passagem da cidade de Sodoma que teria sido destruída em razão do “pecado” do “homossexualismo” e que poderia recair sobre o país se não houver uma mobilização contra o avanço da cidadania LGBT¹².

Borrilo¹³ demonstra que o conceito de homofobia abrange dois aspectos significativos a considerar na análise da realidade. O primeiro aspecto refere-se à dimensão afetiva, ou seja, a rejeição às homossexualidades, e o outro às dimensões culturais e cognitivas, no qual além da rejeição pura e simples, há a falta de tolerância a quaisquer ações políticas que garantam direito e igualdade a esta população. Em todos os sentidos a homofobia se assemelha a outras condutas discriminatórias, nos quais o outro é considerado inferior, anormal, excluído de direitos e, conseqüentemente, de sua própria humanidade e afetos. Assim, a homofobia ultrapassa as questões de relações interpessoais, ocupando espaços institucionais como escolas, igrejas, serviços de saúde, dentre outros¹⁴⁻¹⁵, e acaba invadindo de forma profunda as subjetividades, o que torna ainda mais difícil o seu combate.

Na atualidade, o termo foi expandido para LGBTfobia, como reivindicação do movimento LGBT, ou mais precisamente para lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia, o qual carrega o mesmo sentido: aversão, intolerância e fobia a qualquer padrão que diverge da heteronormatividade. A intenção do movimento foi dar maior visibilidade à lesbofobia, que envolve formas de violência sexistas e machistas, como a ocorrência comum de estupro “corretivo” das mulheres lésbicas¹⁶. A transfobia também, pela mesma razão de visibilidade e do percentual mais elevado de violência letal. De acordo com a ONG Transgender Europe, vivemos no país que mais mata transexuais no

Historicamente, é compreendido que a população LGBT sofre preconceito e perseguição por sua orientação sexual e identidade de gênero, e mais recentemente, sobretudo, em decorrência do estigma da AIDS, afastando-a, assim, de ambientes de cuidados com a saúde, por seus membros considerarem que os profissionais são reprodutores de discursos homofóbicos. Documento da UNAIDS¹⁸(p. 25) revela que menos de 10% de pessoas LBGT no planeta tem acesso à prevenção e ao atendimento, e no que se refere à pessoa transexual, o mesmo documento aponta à negação de sua identidade, dificultando sua acessibilidade ao sistema de saúde. Além do estigma da AIDS, tem sido descritos atendimento discriminatório nas unidades, constrangimentos, condutas inadequadas, conotações preconceituosas ou mesmo ofensas verbais proferidas pelos profissionais¹⁹.

Um dossiê apresentado pela própria política de saúde para a população LGBT demonstra que cerca de 40% das mulheres lésbicas ou bissexuais não revelam sua orientação sexual nas consultas. Entre as que revelam 28% relatam considerar mais rápido o atendimento e 17% a ausência de solicitação de exames considerados por elas como necessários.²⁰ O relatório demonstra ainda que a cobertura na realização do exame preventivo papanicolau entre as mulheres heterossexuais em um intervalo de três anos foi de 89,7%, enquanto entre as lésbicas e bissexuais a cobertura cai para 66,7%. Já foi demonstrado também que o despreparo dos profissionais para lidar com questões específicas, a dificuldade dessas mulheres se assumirem homo ou bissexuais e a negação do risco de contrair as doenças sexualmente transmissíveis estão entre os principais motivos que levam à menor procura de mulheres homossexuais pelos serviços de saúde.

Com relação aos homossexuais masculinos (e bissexuais masculinos?), além de serem as principais vítimas da violência e homicídios homofóbicos, segundo dados oficiais e hemerográficos do último Relatório de Violência Homofóbica no Brasil²¹, está bem estabelecido que as experiências discriminatórias na sociedade em geral e nos serviços de saúde causam desde baixa de autoestima, sentimentos de culpa, insegurança até isolamento social, dificuldades de estabelecer e manter relacionamentos amorosos, disfunções sexuais e episódios depressivos de menor e maior gravidade, incluindo maior risco para suicídio²².

Lionço²³ ao se referir ao grupo de transexuais, apesar de reconhecer o ganho para esse segmento populacional da regulamentação do processo transsexualizador no SUS, chama atenção de que ele não soluciona o problema do acesso precário na atenção básica e da qualidade da atenção em todos os níveis do sistema. Já Arán²⁴ aponta a gravidade da condição de transexualidade feminina, dada o desconhecimento, a inexperiência e o despreparo dos serviços de saúde para lidar com o intenso sofrimento dessas pessoas.

Estas estão entre as razões do porquê de alguns estudos apontarem que a população LGBT apresenta resistência à procura dos serviços de saúde, o que, nas entrelinhas, evidencia o contexto

discriminatório existente pautado em função do padrão heteronormativo, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda.

Na tentativa de tentar reduzir esse quadro discriminatório, órgãos estatais, com participação decisiva dos movimentos sociais, lançaram algumas campanhas e programas nas duas últimas décadas. Em 2002, o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde lançou a campanha “Profissional de Saúde: todo homossexual tem direito a um tratamento de igualdade e respeito”. Em 2004, a Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República lançou o programa *Brasil sem Homofobia*²⁵, e em 2009 o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais²⁶, e, finalmente, em 2011 o MS publicou a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT.

Ainda que se possa notar um maior empenho do Estado e da Sociedade Civil para a garantia de direitos e combate à discriminação e ao preconceito, e mesmo que se reconheçam os avanços como a legalização da união homoafetiva, a obrigatoriedade do uso do nome social para travestis e transexuais nos serviços de saúde e a regulamentação do processo transsexualizador no SUS, há ainda uma distância muito grande entre as ações planejadas e sua execução, sobretudo em função de resistências criadas por aspectos enraizados na nossa sociedade, marcada por uma construção sócio-histórica cristã, patriarcal e sexista.

A Implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT como meta para a Equidade: O Papel da Atenção Básica e do ACS

É interessante notar que o termo *equidade* não aparece de forma explícita nem na Constituição Federal nem na Lei Orgânica da Saúde 8080/90. Os conceitos destacados na constituição do SUS são o de acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde²⁷. No entanto, a noção de equidade tornou-se um dos pilares do SUS, na medida em que a legislação sanitária brasileira incorpora este conceito em dois eixos: “O acesso universal e igualitário (equidade de oportunidade) e a ação sobre os determinantes dos níveis de saúde (equidade de condições)”²⁸.

Desta forma, este princípio orienta que as ações e os serviços sejam oferecidos independentemente do nível de complexidade, sem privilégios ou barreiras, respeitando critérios de necessidades e justiça, considerando a priorização dos que mais precisam. O princípio da equidade assume, portanto, “uma dimensão política e ética por reduzir diferenças evitáveis e injustas que agredem a dignidade humana”²⁹.

Mello³⁰ destaca que o princípio de equidade também é estruturador do SUS e o que ele coloca em evidência é o reconhecimento de que grupos sociais distintos podem ter necessidades de saúde diferenciadas, implicando demandas por ações também diferenciadas. Assim, a formulação e a implementação de políticas de saúde voltadas a segmentos sociais específicos precisam ser

concebidas de maneira articulada com as políticas do SUS, idealmente fundadas nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Neste cenário surge a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT, tendo entre seus objetivos explícitos a busca por maior equidade no SUS, e especificamente buscando a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, a atenção especial às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, a qualificação da rede de serviços, a eliminação do preconceito, discriminação, violência e exclusão nos serviços de saúde, e a garantia do uso do nome social de travestis e transexuais.

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que tem como pilares o processo de descentralização e controle social da gestão, e como fundamento as diretrizes organizacionais e assistenciais do SUS, focando na reelaboração dos processos de trabalho a partir da ESF, considerando-a estratégia de prioridade da ABS, visto sua potencialidade de aplicar os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. No mesmo ano o Pacto pela Saúde, tramitado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), determina três dimensões de ação: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A prioridade do Pacto pela Vida é: “Consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (Brasil, 2006).

Considerada como porta de entrada do SUS, a ABS e dentro dela a ESF tem importância fundamental para implementação de toda e qualquer política pública de busca de equidade, constituindo arena privilegiada para implantação, avaliação e monitoramento dessas políticas. Segundo Starfield³¹ a ABS é a base que determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde e promove a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Na ESF o ACS é um profissional de destaque, tendo como função primordial agir como elo entre a população adstrita em sua área e a equipe de saúde. Sendo morador da comunidade e estando em contato permanente com as famílias facilita o trabalho de vigilância, prevenção e promoção da saúde, representando para o sistema de saúde um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços. Estudos têm demonstrado que existe consenso sobre o reconhecimento de sua importância enquanto canal de comunicação entre a comunidade e os profissionais, uma vez que reflete as percepções, conhecimentos e sentimentos da comunidade, e instaura novas formas de praticar a atenção à saúde.³²

É evidente, portanto, a importância de se conhecer, nas fases de implementação da política, a percepção destes profissionais sobre o atendimento à população LGBT em suas comunidades, sobre o acesso dela aos serviços e a qualidade da atenção ofertada, assim como o andamento da implementação de ações específicas da política nas UBS.

O presente artigo apresenta um primeiro estudo exploratório sobre a percepção desses profissionais, sem pretensão de traçar um quadro nacional neste momento. Foi escolhida para o referido estudo a cidade de Goiânia. Ela constitui um campo especialmente interessante, pois de um lado apresenta marcantes características conservadoras de sua sociedade, e de outro comporta um forte movimento social de defesa da população LGBT³³, já tem a política considerada como implantada no município, e conta, desde 2013, com a Assessoria Especial de Diversidade Sexual tendo, dentre outras funções, apoiar e acompanhar diagnósticos sobre a situação da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no município e elaborar projetos ou programas voltados a esses grupos.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, baseada em análise de discursos colhidos a partir de entrevistas semiestruturadas com agentes comunitários de saúde. O cálculo do número de UBS que deveriam ser incluídas na pesquisa utilizou como pressuposto o número total de UBS da região (DAB/MS – 2014), a cobertura populacional total, e por segmento LGBT⁵. Considerando que a probabilidade de um indivíduo LGBT na população geral é de 10%, definiu-se que cinco UBS seriam sorteadas aleatoriamente e para cada uma destas, dois a três ACSs seriam entrevistados, totalizando para este estudo 11 entrevistas, as quais foram colhidas em novembro de 2014, sendo posteriormente transcritas e analisadas.

Para a análise dos dados, foi utilizado o método Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) de Lefèvre e Lefèvre³⁴. Trata-se de um método que constrói um discurso síntese em primeira pessoa, organizado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos padronizados e sistemáticos. Através destes procedimentos, o DSC permite o conhecimento de pensamentos, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema em um determinado momento. O método se inspira na teoria da Representação Social de autores como Moscovici³⁵ e Jodelet³⁶, mesmo que este conceito não seja aplicado em todas as análises que aplicam a metodologia.

Assim os autores definem como instrumentos básicos para trabalhar os discursos: Expressão Chave (ECH), Ideia Central (IC) e Ancoragem (AC). As Expressões Chave são transcrições literais do discurso ou trechos, que devem ser destacadas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou a teoria implícita no mesmo. A Ideia Central é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível o sentido das afirmações específicas presentes em cada um dos discursos analisados, e a ancoragem é a expressão de uma dada ideologia que o sujeito do discurso professa e que está embutida no seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer.

⁵ Cálculo realizado pela Dra. Ana Maria de Brito (PhD em epidemiologia, pesquisadora da Fiocruz de Pernambuco e professora da Universidade de Pernambuco) para pesquisa multicêntrica de âmbito nacional: “Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde” sob a coordenação do Núcleo de Estudos de Saúde Pública/NESP/CEAM/UNB.

Para o processamento da análise, foi utilizado o software Qualiquantisoft de apoio a pesquisas quali-quantitativas, com base na teoria DSC.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente aplicado. A presente pesquisa foi realizada atendendo aos imperativos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas em seres humanos, e foi devidamente autorizada pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) através do ofício externo 045/14 e pelo Comitê de Ética da Universidade de Brasília (CEP-FS/Parecer 652.643), fazendo parte de uma pesquisa multicêntrica de âmbito nacional, intitulada “Análise do acesso e da qualidade da Atenção Integral à Saúde da população LGBT no Sistema Único de Saúde”, sob a coordenação do Núcleo de Estudos de Saúde Pública/NESP/CEAM/UNB.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na seção de metodologia descrevemos os instrumentos necessários para análise do DSC, sendo eles: Expressão Chave (ECH), Ideia Central (IC) e Ancoragem (AC). Os resultados foram obtidos inferindo as ECH de cada entrevista, categorizando-as em IC e agrupando estas últimas conforme similaridades e complementariedades, em AC. Os discursos são apresentados na forma de discursos-sínteses (DSC) redigidos na primeira pessoa como se fosse a reunião dos conteúdos do depoimento de uma coletividade na fala de um sujeito fictício. A opção por apresentar os discursos em Ancoragem e não por Ideias Centrais, parte dos próprios autores do modelo de análise³⁷ para os quais o discurso coletivo pode conter várias ideias centrais, mas sua reunião em ancoragens permite analisar aquela manifestação linguística de maneira mais profunda, permitindo captar as motivações, crenças, valores ou ideologias associados ao tema específico pesquisado. Em nosso caso, as ancoragens nos permitiram desvelar os pressupostos conceituais e ideológicos que irão configurar, ou não, preconceito, estigma e discriminação nos discursos.

A seguir, serão apresentadas três Ancoragens encontradas na pesquisa, acompanhadas dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs) correspondentes.

ANCORAGEM 1

Consideram que a população LGBT procura pouco as UBS, negam preconceitos no atendimento e acha que as barreiras de acesso, se existem, são causadas pela própria população.

DSC 1

Não tenho muita ideia das necessidades desse grupo não, porque realmente a demanda é muito pequena, a gente trabalha mais com outras coisas como dengue, gestantes, nada por esse lado. Também... Eles não assumem, né? São poucos os que assumem., Geralmente, quem assume é mais novo, uma geração mais nova. A gente nem fica muito perguntando assim, não. Às vezes, por morar na comunidade, a gente até pode suspeitar. Igual tem um caso na minha área de duas mulheres... Tem anos que moram juntas, é o quê? Irmãs? Eu também já vi colegas comentando... Elas falam assim: “Ah fulana lá agora decidiu, né, ser sapatona, arrumou foi uma mulher”, mas como não teve ninguém que chegou e comprovou, então a gente não enquadra eles nesse grupo. Se eles vêm na unidade é bem vindo, é tratado como um paciente normal. A gente atende ele como uma pessoa comum, por nome, como está no documento. Eu acho que as pessoas não são tão discriminadas assim não. Agora... Eu vejo que eles são pessoas que procuram pouco a unidade e se eles não veem não que tenha alguma coisa aqui impedindo, ou dificultando, não. Não é questão do profissional, eu vejo que é receio deles mesmos. É preciso trabalhar o psicológico desse povo, pra eles se aceitarem, pra se verem como pessoas normais.

A demanda do grupo LGBT é vista como pequena, pouco representativa diante de outros problemas maiores como, por exemplo, o da dengue ou do acompanhamento das gestantes. Há uma tendência em manter a população LGBT com pouca visibilidade, no âmbito da suspeita (“É o quê? Irmãs?”). Em parte por responsabilidade dos próprios usuários (“Também... Eles não se assumem, né?”) e em parte por uma espécie de interdito sobre o assunto (“A gente nem fica muito perguntando assim não” ou “mas como não teve ninguém que chegou e comprovou”). A discriminação é negada e o bom atendimento reafirmado, ao tempo em que surgem comentários de afirmações atribuídas a outras ACS com definições chulas de comportamento na comunidade e sem qualquer crítica (“Ah fulana lá agora decidiu, né, ser sapatona..”).

O usuário é bem-vindo e “tratado como um paciente normal” mantém-se, portanto, imperceptível pelo agente do discurso que há alguma anormalidade que ali, no âmbito da assistência à saúde, não é considerada. Já as possíveis dificuldades de acesso não são causadas por possíveis discriminações dos profissionais, mas pela retração própria do grupo, a vergonha própria de pessoas que não se aceitam bem. Seria isso dos próprios membros da população que precisaria ser trabalhado e não a capacitação profissional.

A Ancoragem do DSC 1 sintetiza uma percepção de minimização do problema e negação das práticas discriminatórias no âmbito dos serviços de saúde, já apontadas pela literatura^(1,2,7,9), mantendo entretanto a tendência à patologização encontradas em expressões-chaves como : “É preciso trabalhar o psicológico desse povo, pra eles se aceitarem”.

Este DSC ilustra bem o problema da profunda invasão nas subjetividades dos estigmas historicamente construídos. O sujeito não reconhece em si mesmo os elementos do preconceito,

nem suas ações discriminatórias, assim como não demonstra nenhuma sensibilidade para percebê-la no mundo a sua volta. Uma vez que o problema não está nos profissionais e sim na própria população, pode-se deduzir as resistências que se encontraria a processos formativos de combate ao preconceito. Isso aponta também para a necessidade de se pensar metodologias formadoras, que não sejam apenas expositivas, de conteúdo cognitivo, mas que utilizem processos ativos, onde os valores, crenças, emoções e perspectivas possam ser expostas e problematizadas.

ANCORAGEM 2

Reconhece a existência de demandas, nega dificuldades de acesso, mas não aceita ações específicas, considerando-as discriminatórias.

DSC 2

Aqui tem desse grupo, sim. Têm vários na área, até na minha área tem o que é assumido. Eles não têm restrição, vem fazer o atendimento normal, o acesso é livre para eles. Se fosse há uns dez, quinze anos atrás eu acho que seria bem mais crítico, agora não, agora não tem restrição... Eu nunca vi ninguém com dificuldade por isso não. Pra te falar a verdade, eles são os que menos precisam de algum atendimento. Os meus, das minhas áreas quase nunca precisa, quando precisa é uma consulta de rotina, mostrar uns exames, fazer o pedido de alguns exames, nada mais além do que o normal. Eles são bem atendidos, no que tá ao nosso alcance. Pessoas reclamam que tão sendo mal atendidas, mas não é porque é gay ou porque é lésbica não, é dos problemas do SUS mesmo. A gente não faz nada específico porque se você for fazer alguma coisa específica a gente vai tá discriminando. O atendimento é ampliado pra todos, não tem desigualdade. Da mesma forma em que eles têm as barreiras deles, outros também têm... A gente também tem pacientes especiais, surdos, mudos e é como que eu te falei... É como qualquer outra pessoa. Se eles são pessoa normal tem atendimento normal... Devia ser diferente da gente? Eu penso que não, eu acho que seria a mesma da gente... Não, precisa de atendimento, de remédio?... É uma pessoa normal. Não tem que ter um grupo só deles não. Em questão de lésbica e gays é difícil você falar que vai fazer um trabalho específico pra eles, você pode fazer um trabalho ai uns deles podem falar: “Nossa, que bom!”, assim como quem não é pode falar assim: “Em vez do governo investir em outras coisas, vai investir nisso”.

O DSC 2 apresenta também a negação do preconceito e ao considerar ações específicas para população LGBT como “discriminatórias” revela o desconhecimento e a invisibilidade do atendimento equânime com população de vulnerabilidade histórica reconhecida, confundindo ações afirmativas como forma ou de privilégio e demonstrando não compreender a diferença entre discriminações positivas e negativas. Neste caso, não parece haver a compreensão da equidade como princípio condutor das ações e serviços de saúde, dirigida ao atendimento de necessidades específicas e cumprimento de justiça, considerando a priorização dos que mais precisam, e atingindo uma dimensão política e ética da busca de redução das desigualdades evitáveis, frutos da injustiça.

O DSC 2 tem algumas perspectivas próximas ao DSC 1, no que se refere à negação do preconceito e reafirmação de um bom atendimento nas unidades, mas aqui a visibilidade do grupo é afirmada, embora se considere que eles precisam pouco de uma atenção especial (“Eles são os que menos precisam de algum atendimento”). Dificuldades de acesso são peremptoriamente negadas (“O acesso é livre para eles” e “Nunca vi ninguém com dificuldade por isso não”), barreiras por preconceito fazem parte do passado e quando surgem queixas elas são provocadas por problemas

que afetam os usuários como um todo e não especificamente relacionados com a condição de LGBT.

O que mais chama atenção, entretanto, nas percepções e representações reunidas nesse DSC é a falta de compreensão sobre ações de equidade, compreendendo-as como condutas discriminatórias, no sentido negativo do termo (“*A gente não faz nada específico porque se você for fazer alguma coisa específica a gente vai tá discriminando*”), e afirmando que as ações específicas, elas sim trariam um caráter de anormalidade à condição (“*Devia ser diferente da gente? Eu penso que não, eu acho que seria a mesma da gente... Não, precisa de atendimento, de remédio?... É uma pessoa normal...*”). É interessante notar que assim como no DSC 1, o estigma surge mais uma vez sem ser notado, quando em sua tentativa de reafirmar igualdade, o comportamento homossexual é comparado a doenças ou deficiências (“*Da mesma forma em que eles têm as barreiras deles, outros também têm... A gente também tem pacientes especiais, surdos, mudos...*”¹ “*E é como que eu te falei... É como qualquer outra pessoa*”).

Neste discurso a ausência da noção de direitos de minorias está completamente ignorada, pois um obstáculo apresentado acriticamente para a implementação de ações específicas é a consideração de que a maioria heterossexual julgaria que o Governo gastaria dinheiro em algo de pouca importância (“*Em vez do governo investir em outras coisas, vai investir nisso*”).

Apesar de representar ainda percepções e representações de um contingente pequeno de ACS e oriunda de uma única região do país, este segundo DSC, junto ao primeiro, ilustra bem algumas das dificuldades que são enfrentadas para implementação de políticas de equidade na ponta do sistema. A própria noção de equidade, princípio como demonstrado fundamental para organização do sistema e oferta de serviços, parece pouco compreendido em uma cidade onde a política é considerada implantada e conta com assessoria própria para acompanhamento. Como discutido na apresentação do problema que circunda esta pesquisa, existe ainda um abismo entre a qualidade da formulação de políticas e a efetiva implementação de ações. Nota-se que do ponto de vista da capacitação, por exemplo, ou elas não estão existindo ou se existem não têm sido capazes de sensibilizar significativa parcela dos ACS para a importância de políticas como essa. Isso ficará ainda mais claro ao analisarmos as percepções e representações reunidas no DSC 3.

ANCORAGEM 3

Reconhece o preconceito nas unidades, a necessidade de ações especiais para a população LGBT, e reclama melhor divulgação do problema e capacitação para equipe.

DSC 3

Acho que o acesso deles é complicado porque eles enfrentam, mesmo, o preconceito. Não é fácil... Muitos deles se sentem constrangidos em procurar à unidade e temem é ser discriminados no atendimento, entendeu? Uma vez um me falou que não vem porque tem medo de não ser atendido... Tem medo de expor o que está se passando e a pessoa não entender. Então, não sinto que tem apoio nenhum na unidade. Eu acho que a gente tem pouca capacitação pra lidar com as situações, você entendeu? Acho que nunca teve específico para isso não. Tem pouca coisa ofertada pra essa população no sistema geral. Porque as coisas aqui é demorada para chegar, às vezes, até está vindo, passa pelo gestor, demora porque ele espera reunir a unidade para passar. Tem muito, assim, panfleto... Orientação mesmo, muito pouca. Nossa! Eu acho que ia ser legal assim se tivesse esse, esse intercâmbio, né? Eu acho que ia crescer, sabe, essa política! Eu acho que realmente precisa de mais programas pra incentivar. Às vezes, até na mídia, na televisão, pra mostrar uma certa normalidade... Eu acho que teria que ter mais abertura, mais palestras, chamar o povo mais pra cá, falar mais sobre o assunto. Eu tenho um vizinho que ele é presidente nacional de um movimento. Ele nasceu menino, né? E parece que ele mudou... Ele é muito importante, eu acho que ele faz um serviço tão legal... É através dele que eu tive assim um conhecimento, sabe?

O DSC 3 apresenta uma perspectiva oposta aos dois discursos anteriores. Aqui as barreiras simbólicas provocadas por preconceito e discriminação são reconhecidas e a UBS é vista como um local pouco acolhedor para a população LGBT (“*Não sinto que tem apoio nenhum na unidade*”). As demandas específicas são também reconhecidas, bem como a necessidade de capacitação para combate ao preconceito e para os profissionais saberem lidar com as particularidades do grupo. É interessante também notar que aspectos já referidos sobre as dificuldades para a concreta implantação de ações nas UBS são citados claramente (“*as coisas aqui é demorada para chegar. Às vezes, até está vindo, passa pelo gestor, demora porque ele espera reunir a unidade para passar*”).

Outro ponto importante é a percepção da inadequação, já discutida na literatura, de algumas estratégias para capacitar os profissionais e informar a população (“*Tem muito, assim, panfleto... Orientação mesmo, muito pouca*”). Ou seja, está sendo percebido que as transformações necessárias a um atendimento equânime em acesso e qualidade não podem ser atingidas por informações reunidas em panfletos, que essa prática contribui muito pouco para uma readequação das condutas profissionais. Da mesma forma é de chamar atenção a percepção da importância de um maior envolvimento de outros setores sociais para o combate ao preconceito (“*...precisa de mais programas pra incentivar. Às vezes, até na mídia, na televisão, pra mostrar uma certa normalidade... Mais palestras., Chamar o povo mais pra cá, falar mais sobre o assunto*”). Destaca-se também a compreensão da importância dos movimentos sociais dentro das comunidades para a transformação social em relação a estigmas, preconceitos e discriminações (“*Eu tenho um vizinho que ele é presidente nacional de um movimento... Eu acho que ele faz um serviço tão legal... É através dele que eu tive assim um conhecimento, sabe?*”).

O DSC 3 demonstra que existem também já, neste momento, grupos de profissionais sensibilizados para a questão, e buscando ter melhor capacitação para lidar com estas questões

nas suas práticas de saúde. A identificação desses indivíduos, no meio geral de um conjunto de profissionais, pode vir a ser também uma estratégia para uma capacitação mais profunda, sem prescindir dos processos de capacitação geral, mas buscando tornar esses já mais sensibilizados em agentes multiplicadores de uma perspectiva de respeito à dignidade das pessoas e de reafirmação da importância das políticas de equidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando-se as Unidades Básicas de Saúde e dentro dela, a Estratégia de Saúde da Família como arenas privilegiadas para a implementação, monitoração e avaliação da efetividade das políticas públicas de saúde que buscam equidade, é preciso também considerar o agente comunitário de saúde como um ator estratégico para o sucesso dessas políticas. Integrados à comunidade e servindo como elo entre a população local e as equipes, esse profissional tanto reflete as moralidades vigentes na comunidade quanto pode vir a transformasse em agentes multiplicadores de uma perspectiva de cuidado, que respeite a dignidade de todo ser humano dentro da riqueza de sua diversidade de formas de ser e amar.

Os resultados da presente pesquisa, apesar de limitados em função do contingente e região, conseguiram apresentar percepções e representações dos quais estamos seguros de que se repetirá em outros contingentes e regiões no país, apesar de que a ampliação da pesquisa, já prevista, poderá apresentar perspectivas ainda mais esclarecedoras sobre o problema.

Foi possível demonstrar a negação do sexismo e das barreiras criadas, de forma semelhante ao que já foi encontrado em outros estudos envolvendo preconceitos e saúde, tais como de racismo institucional. Ao mesmo tempo a análise hermenêutica das falas no processo de construção dos discursos coletivos permitiu visualizar com clareza o preconceito encarnado nas subjetividades. No mesmo sentido, chama atenção a falta de compreensão do que venha a ser, em saúde, ações voltadas ao cumprimento da equidade, um princípio estruturante para o SUS, tal como definido pela Reforma Sanitária. Felizmente, foi possível apresentar também, ainda no universo restrito da presente etapa da pesquisa, a presença de profissionais entre os ACS sensibilizados para a questão do respeito à diversidade, e receptivos a processos formadores de uma melhor e mais aberta oferta de cuidados.

A implementação das ações na ponta dos sistemas de saúde é processo bem mais difícil que a formulação de políticas no centro. Daí é preciso investir em metodologias ativas que permitam aos atores sociais expor e trabalhar seus valores e crenças, e reconhecer possíveis estigmas e preconceitos deles decorrentes, para que seja possível desconstruí-los. Só assim será possível oferecer uma atenção à saúde qualificada à população LGBT e a outros grupos populacionais minoritários e/ou diversos, contribuindo para a formação de profissionais tecnicamente e eticamente preparados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrara S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(1):184-189.
2. Lionço T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde Soc* 2008; 17(2): 11-21.
3. Brasil. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Editora do Ministério da Saúde 2008.
4. _____. Portaria n. 2.836, de 01 de Dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). *Diário Oficial da União* 2011; 01 dez.
5. Carvalho DM, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JSB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 Fev [Citado 2016 Nov 09]; 21(2): 327-338. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?>
6. Costa SM, Araújo FF, Martins LV, Nobre LLR, Araújo FM, Rodrigues CAQ. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Cien Saude Colet*. 2013; 18 (7): 2147-2156.
7. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCI. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica* 2002; 18(6): 1639-1646.
8. Silva, JL. Como os serviços acolhem a população LGBT? II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais: Cultura, Leitura e Representação. João Pessoa, Paraíba; 2009 Out 28-30. Disponível em: <http://www.itaporanga.net/genero/gt8/10.pdf>. Acesso em 29 de Abr de 2014.
9. Cavalcante, SJ. Formas de Acolhimento e Atendimento nos Serviços Públicos de Saúde a População LGBT. II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais: Cultura, Leitura e Representação. João Pessoa, Paraíba; 2009 Out 28-30. Disponível em: <http://www.itaporanga.net/genero/gt8/18.pdf>. Acesso em 29 de Abr de 2014.
10. Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Rev de Psicologia da UNESP* 2010; 9(1):

11. Cardoso MR, Ferro LP. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol cien prof* 2012; 32 (3): 552-63.

12. Natividade M, Oliveira L. Sexualidades ameaçadoras: religião e homofobia(s) em discursos evangélicos conservadores. *Sex, Salud y Soc: Revista Latinoamericana*. [periódico na Internet] 2009. [Acesso 2015 jun 23];(2):[cerca de 20 p.] Disponível em: www.sexualidadsaludysociedad.org.

13. Borrilo DA. Homofobia. In: Lionço T, Diniz D, organizadoras. *Homofobia e Educação: Um desafio ao silêncio*. Brasília: Letras Livres - Ed UNB; 2009. p. 15-46..

14. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD). *Gênero e Diversidade Sexual na Escola: reconhecer diferenças e superar preconceitos*. Caderno SECAD 2007. (4).

15. Santos FE, Junior H, Carvalho RN, Ramalho TMM. Homofobia nas instituições públicas e negação dos direitos das travestis. *Rev Tema* 2013; [Acessado 2015 jun 28];14(20-21) :[cerca de 23 p.] Disponível em: <http://revistatema.facisa.edu.br/index.php/revistatema/article/viewFile/168/pdf>.

16. Barbosa BRSN, Nascimento ET, Carvalho IAF, Cavalcante JCD. Invisibilidade lésbica e a interseccionalidade de opressões. *Perspectiva feminina de gênero: Desafio no campo das militâncias e das praticas*. 18º REDOR – UFRP. Nov/14. Disponível em: <http://www.ufpb.br/evento/lti/ocs/index.php/18redor/18redor/paper/view/2269/821>.

17. Fernandes, FBM. Assassinatos de travestis e “pais de santo” no Brasil: homofobia, transfobia e intolerância religiosa. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 485-492, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br>

18. UNAIDS. *Direitos Humanos, Saúde e HIV: Guia de ações estratégicas para prevenir e combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero*. Grupo de Cooperação Técnica da América Latina (GCTH) e Centro Internacional de Cooperação Técnica HIV/AIDS, 2007.

19. Albuquerque GA, Garcia CL Alves, MJH Queiroz CMH, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev Saúde em Debate* 2013; 37 (98): 516-524.

20. Facchini R, Barbosa, Regina M. Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte; s.n; 2006. 43 p.
21. Brasil. 2013. Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil: ano de 2013. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.
22. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol Cienc Prof* 2012. 32 (3): 552-563.
23. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Rev de Saúde Colet* 2009; 19 (1): 43-63
24. Arán M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo gênero. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. 2006; 9 (1): 49-63.
25. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Comissão Técnica Interministerial e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR). Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; 2009.
27. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
28. Duarte CMR. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? *Cien Saude Colet* 2002; 5(2): 443-463.
29. Granja GF, Zobolib ELCP, Fortes PAC, Fracolli LA. Equidade no sistema de saúde brasileiro: uma teoria fundamentada em dados. *Rev Baiana de Saúde Pública* 2010; 34(1):72-86.
30. Mello L, Perilo M, Braz CA, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex, Salud y Soc - Revista Latinoamericana*. 2011; 9: 7-28.
31. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.

32. Cardoso AS, Nascimento MC. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1): 1509-1520.

33. Braz C, Mello L, Perilo M, Maroja D. Para além das fronteiras: parcerias e tensões em torno da construção da cidadania na perspectiva do movimento LGBT em Goiás. 2011[acesso em 6 de julho de 2015]; 2(17). Disponível em <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/44/39>

34. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educ; 2003.

35. Moscovisi S. A representação social da psicanálise. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

36. Jodelet D. Representações sociais: Um domínio em expansão(L. Ulup, Trad.). In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp.187-203). Rio de Janeiro, RJ: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

37. Lefèvre AMC, Lefevre F, Cardoso MRL, Mazza MMPR. Assistência Pública a Saúde no Brasil: Estudo de seis ancoragens. *Saúde e Sociedade*. 11 (2): 35-47, 2002.

Artigo apresentado em 17/04/2017

Artigo aprovado em 31/05/2017

Artigo publicado no sistema em 20/09/2017