



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO –
AMERICANA (UNILA)

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

DAIANE REGINA PINTO

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS
PRINCIPAIS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Residência
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde da Família da
Universidade Federal da Integração Latino-
Americana, como requisito parcial à obtenção
do título de Especialista em Saúde da Família na
modalidade de residência.

Orientador: Prof. Dr. Marcos de Jesus Oliveira

FOZ DO IGUAÇU

2020

ABREVIATURAS

AP	ATENÇÃO PRIMÁRIA
DST	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
ESF	EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA
IST	INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
LGBT	LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, E TRAVESTIS/ TRANSGÊNEROS
PNSILGBT	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
USF	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

O presente trabalho propõe uma reflexão crítico-interpretativa sobre a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais (PNSILGBT), com olhar especial para o contexto da Atenção Primária em Saúde (APS). Método: Trata-se de um estudo qualitativo misto, de revisão documental e bibliográfica, que aborda a questão da assistência às premências socio sanitárias de usuários com múltiplas identidades de gênero e orientações sexuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho visou, concomitantemente, destacar aspectos históricos que dizem respeito à criação, implementação e implantação da PNSILGBT nas redes de cuidado do SUS. Para tanto, foram incluídos trabalhos científicos com tal direção investigativa, publicados nos últimos cinco anos, em bases virtuais de livre acesso e elaborados em língua portuguesa. Na seleção dos materiais, optou-se por utilizar os descritores: saúde LGBT; política integral LGBT; atenção primária LGBT e LGBT SUS. Resultados: Por se tratar de uma das políticas nacionais de saúde específicas mais recentes no SUS, esse trabalho evidenciou uma escassez de estudos voltados para a compreensão da atenção e assistência disponibilizada à comunidade LGBT no Brasil, informando que, se bem, a implementação da PNSILBGT é considerada uma das mais importantes conquistas em matéria de justiça social, futuros estudos ainda se fazem necessários, pois se reconhece a magnitude da temática para a reivindicação dos direitos fundamentais, haja vistas dos princípios doutrinários que regem a APS no SUS: universalidade, integralidade e equidade. Isso porque, apesar de existir, resistir e ocupar os espaços da sociedade brasileira, a efetivação da PNSILGBT ainda se encontra distante do almejado.

PALAVRA CHAVES: Saúde LGBT+; Política Integral LGBT+; Atenção primária e LGBT+

RESUMEN

En este trabajo se propone una reflexión crítica sobre la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (PNSILGBT), con especial consideración al contexto de la Atención Primaria de Salud (APS). Material y método: Se trata de un estudio cualitativo mixto, de revisión documental y bibliográfica, que aborda la cuestión de la asistencia a las necesidades sociosanitarias de los usuarios con orientación sexual no heterosexual, en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS). Al mismo tiempo, el trabajo tiene por objetivo poner en relieve los aspectos históricos relacionados con la creación, la aplicación y el implementación del PNSILGBT en las redes de atención del SUS. Para ello se incluyeron trabajos científicos con esa orientación investigativa, publicados en los últimos cinco años en bases virtuales de libre acceso y escritos en Portugués. En la selección de los materiales se utilizaron los siguientes descriptores: salud LGBT; política integral LGBT; atención primaria LGBT y SUS LGBT. Resultados: Por tratarse de una de las más recientes políticas nacionales específicas de salud en el SUS, este trabajo puso de manifiesto un eminente vacío en los estudios destinados a comprender la atención y la asistencia disponibles para la comunidad LGBT en el Brasil, informando que, si bien la aplicación de la PNSILBGT se considera uno de los logros más importantes en materia de justicia social, aún es necesario realizar estudios futuros, ya que se reconoce la magnitud del tema para la reivindicación de los derechos fundamentales, dados los principios doctrinarios que rigen la APS en el SUS: universalidad, integralidad y equidad. Esto se debe a que, a pesar de existir, resistir y ocupar los espacios de la sociedad brasileña, la implementación del PNSILGBT está todavía lejos de lo esperado.

PALABRAS CLAVE: Salud LGBT +; Política integral LGBT +; Atención primaria y LGBT +

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	9
2. CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT...11	
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS.....	14
3. SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS.....	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24

INTRODUÇÃO

Sendo a saúde um direito humano inalienável, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve proporcionar o máximo de justiça social, sem prejuízo de qualquer natureza. E equalizar o acesso as ações e serviços de saúde é uma forma de alcançar esta justiça social. Uma forma de operacionalizar isso é proporcionar aos indivíduos o direito à saúde, “livre de preconceitos ou privilégios, ao acesso a todas as instituições de saúde em qualquer nível de atenção indispensável ao atendimento da necessidade sentida e tecnicamente identificada” (RAMOS, 2007). Para tanto, estratégias e políticas mais específicas, para universalizar e melhorar o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, suas condições de saúde, vêm sendo construídas desde a implantação do SUS (LIMA, 2017).

E considerando a orientação sexual e a identidade de gênero como determinantes sociais da saúde e do processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o Ministério da Saúde promulga a Portaria Nº 2.836, em 1º de dezembro de 2011, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013a).

Entende-se que a identidade de gênero e a orientação sexual que divergem da norma heterossexual consensual e desafia a lógica binária e biológico/anatômico, cultural e religiosa é, muitas vezes, a causa de uma série de violações de direitos humanos fundamentais, ora gerais para todo o segmento, ora específicas. No campo da saúde, o universo simbólico em torno da diversidade sexual foi primordialmente construído pela ordem médica, a qual por muito tempo identificou e classificou o segmento LGBT como portadores, em particular, de patologia mental e desvio de conduta sexual (PEREIRA *et al.*, 2017).

Em função dessa construção da sexualidade enquanto objetivo moral, as pessoas que possuem identidades de gênero desviantes do padrão heteronormativo acabam passando por um processo de discriminação, que é justificado pela normalidade já descrita (WARNER, 1993) e se concretiza na forma de homo/transfobia, que é definida como medo ou ódio em relação a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LIMA, 2017).

A discriminação, desrespeito, o estigma social, situações vexatórias e o preconceito também incidem fortemente sobre a saúde desta população. São como determinantes sociais de saúde e impactam diretamente no acesso ao serviço de saúde que pode ser prejudicado pela não procura pelos serviços justamente pelo receio de sofrer mais

preconceitos. A “humanidade dessas pessoas é questionada ou mesmo negada” (MÉLLO & MAROJA, 2012, p, 412 apud LIMA, 2017), escancarando-se ainda mais nos casos das travestis, cujas violências são marcadas pela intensidade de estigmatização, discriminação, exclusão, violência e morte (LIMA, 2017).

A violência e suas variações como o preconceito e a discriminação são importantes determinantes sociais na vida dessas pessoas, que afetam sua qualidade de vida e sua saúde, incluindo a saúde mental. E as instituições de saúde devem ter um ambiente acolhedor, livre de preconceitos e atenção integral à população LGBT, com reconhecimento de suas especificidades na oferta de ações e serviços correspondentes (LIMA, 2017).

No Brasil, a população LGBT está entre as minorias sociais marginalizadas com menor acesso aos serviços de saúde, e que não recebe a devida assistência em face aos julgamentos e juízos de valor de profissionais dos serviços de saúde, cuja discriminação existe em diversos espaços da sociedade e também nos lugares de produção do cuidado (PEREIRA *et al.*, 2017).

Diante deste contexto de marginalização este estudo qualitativo misto, de revisão documental e bibliográfico, que aborda a questão da assistência às premências socio sanitárias de usuários com identidades múltiplas de gênero e orientações sexuais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Visou, concomitantemente, destacar aspectos históricos que dizem respeito à criação, implementação e implantação da PNSILGBT nas redes de cuidado do SUS.

Para tanto, foram incluídos trabalhos científicos com tal direção investigativa, publicados nos últimos cinco anos (2015-2020), em bases virtuais de livre acesso como, Scielo e PubMed. Estudos Brasileiros e elaborados em língua portuguesa. Na seleção dos materiais, optou-se por utilizar os descritores: saúde LGBT; política integral LGBT; atenção primária LGBT e LGBT SUS. Na base de dados SCIELO, foram encontrados 52 artigos. Ao finalizar as pesquisas as referências duplicadas foram excluídas. Ficando 33, destes 22 foram utilizados, sendo estes relatos de casos e artigos de revisão, tendo como critério de exclusão a aproximação do tema com a pesquisa. Na base de dados PubMed, foram encontrados 12 artigos, utilizando as palavras chaves supracitadas, que após exclusão das duplicadas sobraram 6, sendo todos utilizados de referência.

Os resultados desta pesquisa são importantes para que se conheça mais sobre a população LGBT brasileira e sobre as políticas de saúde voltadas e essa população. Pode-

se observar que a PNSILGBT ainda é recente o que pode dificultar sua efetiva implementação e o pleno funcionamento dos serviços de saúde na atenção primária. Apesar disso, é necessário reconhecer a importância da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travesti e Transexuais para a efetiva garantia dos direitos das pessoas LGBT com recomendações de que se ampliem os estudos e debates sobre o tema, para que haja valorização de profissionais e serviços de cuidado à população de lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT (LIMA, 2017).

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), vigente atualmente no Brasil, foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e consolidado pelas leis 8.080 e 8.142 de 1990. Esse sistema surgiu como resultado de anos de luta de um movimento denominado de Reforma Sanitária e tem como uma de suas principais características a garantia constitucional de que a saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado, garantido mediante o acesso dos indivíduos de modo igualitário (CARVALHO, 2013). É válido destacar que a expressão Reforma Sanitária foi usada para fazer referência ao conjunto de ideias que apontavam as mudanças e transformações necessárias na área da saúde no Brasil, em busca da melhoria das condições de vida da população (PAIVA e TEIXEIRA, 2014).

A garantia da saúde como um direito constitucional do cidadão e dever do Estado veio por meio do artigo 196 da então nova Constituição Federal:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Segundo Santos (2010), o direito à saúde, nos termos do artigo 196 da Constituição Federal, pressupõe que o Estado deve não apenas garantir serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, mas adotar políticas econômicas e sociais que melhorem as condições de vida da população, alcançando evitar ou diminuir o risco de adoecimento das pessoas.

Para o autor Fernando Aith:

A Constituição Federal, ao mesmo tempo em que reconhece a Saúde como direito de todos, confere ao Estado a responsabilidade de organizar um conjunto de ações e serviços públicos de saúde capazes de reduzir o risco de doenças e de outros agravos a saúde, bem como de garantir à população o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (AITH, 2001, p. 201).

Aith (2001) conta que, para que o Estado seja capaz de cumprir esse importante objetivo, a Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantia constitucional do direito à saúde que reúne os instrumentos jurídicos, administrativos, institucionais e financeiros para que o Estado brasileiro desenvolva as atividades

necessárias para a garantia jurídica do direito à saúde no país. Para ele, o SUS representa a mais importante garantia jurídica do direito à saúde, na medida em que integra e organiza diversas outras garantias concretas.

Destaque-se que a após a promulgação da lei 8080/1990 (Lei orgânica da Saúde), posteriormente complementada pela Lei 8142/90, fortaleceu se o direito à saúde como direito universal e reforçou o conceito ampliado de saúde, anteriormente enunciado na Constituição Federal de 1988, replicando-o nos seguintes termos:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Noronha, Lima e Machado (2012) dizem ainda que o princípio da igualdade na assistência reitera que a discriminação no acesso aos serviços de saúde é inaceitável, e que os serviços de saúde não devem ser direcionados a grupos sociais específicos visando de forma arbitrária ou discriminatória. O princípio da igualdade significa, a um só tempo, tratamento isonômico e equitativo dos usuários do sistema de saúde, garantindo-se a todos o acesso aos serviços de que necessitem na medida de suas necessidades.

O Sistema Único de Saúde representa uma instituição jurídica estratégica do direito sanitário brasileiro e configura-se como a principal garantia do direito à saúde no país. O autor ainda afirma que se pode conceituar o SUS como instituição jurídica criada pela Constituição Federal para garantir o direito à saúde, por meio da execução de políticas públicas que garantam a redução do risco de doenças e agravos à saúde e o acesso universal e igualitário às ações e serviços públicos de saúde no Brasil (AITH, 2001).

2. CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBT

A Política Nacional de Saúde Lésbicas, Gays, Bissexuais Travestir e transexuais – PNSLGBT é um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

Moscheta (2011) apud Lima (2017), em sua tese de doutorado, identifica no campo da saúde, três momentos na história das intervenções sobre a população LGBT. Segundo ele, o primeiro momento se inicia com as primeiras classificações patologizantes de sexualidades desviantes, cujas intervenções eram corretivas e propunham a cura. O segundo momento foi marcado pela desconstrução das patologias construídas anteriormente e pela emergência da AIDS, momento organizado por uma lógica epidemiológica cujo foco objetivava corrigir, controlar ou modificar o estilo de vida de um determinado grupo social. O terceiro momento é marcado pelo fortalecimento do movimento social e sua articulação com políticas públicas e a decorrente formulação de propostas para a garantia dos direitos humanos que incluíam uma transformação social no combate à discriminação e ao preconceito (LIMA, 2017).

Entende-se que a construção de políticas para a população LGBT é um caminho longo, e que desde as décadas de 70 e 80, aqui no Brasil, lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) têm se fortalecido na busca da garantia de seus direitos, frente à discriminação e marginalização a que são sujeitos. Segundo Duarte (2014), houve maior protagonismo político LGBT a partir do ano 2000, havendo uma maior abertura para discussões sobre diversidade sexual. Em 2004, depois de a luta pelos direitos desta população serem expressos em documentos e normativas públicas ao lado de outras lutas, igualmente importantes, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Combate à Discriminação lançaram o programa BRASIL SEM HOMOFOBIA, organizado pelo Governo Federal em parceria com a sociedade civil, cujo objetivo central foi a organização dos gestores e trabalhadores, visando a modificação de comportamento destes, tendo o acolhimento, a não discriminação e a luta contra a qualquer forma de preconceito como uma de suas bandeiras (BRASIL, 2013).

Em 2007, o Ministério lança o Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de AIDS e DST entre Gays, outros Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e Travestis

(BRASIL, 2007). Apesar de algumas instâncias apontarem para não transcendência e magnitude desta doença, alertando que a existência de um programa de AIDS poderia estar desviando a atenção de outras questões mais importantes, como a desnutrição e até mesmo de outras doenças infecciosas, o plano foi um importante marcador legal para “a melhoria do acolhimento e da resposta à epidemia de AIDS entre esses grupos, no contexto do Sistema Único de Saúde, e dos demais setores responsáveis pela execução do Programa Brasil Sem Homofobia” (BRASIL, 2007). No campo da saúde, sua construção partiu da perspectiva de que a “resposta nacional à epidemia não é uniforme no país, que existem diferentes contextos de vulnerabilidade e que a vivência da sexualidade impõe novos desafios para a abordagem de promoção da saúde” (LIMA, 2017).

A 8ª Conferência Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT)¹, foi um importante divisor de águas na gestão de políticas públicas. Ocorrida em Brasília entre os dias 5 e 8 de julho de 2008, oportunizou como um dos principais avanços a elaboração do Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, o qual traz as diretrizes e ações para a elaboração de Políticas Públicas voltadas para esse segmento. O principal objetivo deste Plano é a “construção de políticas públicas de inclusão social e de combate às desigualdades para a população LGBT, primando pela intersetorialidade e transversalidade na proposição e implementação dessas políticas” (BRASIL, 2013, p. 9).

Somente no ano de 2011 é que seria publicado o primeiro documento que define, orienta e regulamenta atenção à saúde exclusivamente para a população LGBT, que fora fruto desta 8ª Conferência: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013a), pela Portaria número 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Em 2013, o Ministério da Saúde, no reconhecimento da “necessidade de identificar, estruturar, ampliar e aprimorar a rede de atenção à saúde e a linha de cuidado de transexuais e travestis”, redefine e amplia pela Portaria Número 2.803, de 19 de Novembro de 2013, o processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013).

A evolução das políticas públicas para a população LGBT foi avançando conforme foi sendo dada visibilidade às condições de sujeição às diversas formas de preconceitos,

¹ Na Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (GLBT), realizada em 2008, sob a coordenação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, foi deliberado pelo movimento a adoção da sigla LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. A mudança corrobora a visibilidade política e social das mulheres do movimento, formalizando o enfrentamento das desigualdades que se pautam pelas questões de gênero.

discriminações e violências, cujo contorno foi dado pelas condições de saúde que se suspeitavam haver nessas pessoas. O discurso também mudou conforme se avançou na história, partindo do indivíduo doente, passando pelo grupo de risco e chegando à sociedade desigual. Saímos da predominância das práticas corretivas, passamos pelas ações preventivas e chegamos ao combate à discriminação, embora todas estas práticas ainda possam ser identificadas e coexistindo atualmente (MOSCHETA, 2011 *apud* LIMA, 2017).

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

A Política Integral LGBT é uma iniciativa dentro dos princípios do SUS, para a construção de mais equidade. O compromisso do Ministério da Saúde com a redução das desigualdades constitui uma das bases do Programa Mais Saúde – Direito de Todos – (BRASIL, 2008), lançada em 2008 e que visa à reorientação das políticas de saúde com o objetivo de ampliar o acesso a ações e serviços de qualidade (BRASIL, 2013).

A PNSLGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular. O respeito sem preconceito e sem discriminação é valorizado nesta Política como fundamento para a humanização na promoção, proteção, atenção e no cuidado à saúde. Para que isso se efetive, a Política LGBT articula um conjunto de ações e programas, que constituem medidas concretas a serem implementadas, em todas as esferas de gestão do SUS, particularmente nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Este processo de implementação deve ser acompanhado, cotidianamente, pelos respectivos conselhos de saúde e apoiado, de forma permanente, pela sociedade civil (BRASIL, 2013).

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença (BRASIL, 2013). É preciso compreender, por outro lado, que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada das outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia (ALBUQUERQUE, 2013).

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade (2006), publicado pela Rede Feminista de Saúde, apresenta dados que evidenciam as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais. Com relação às mulheres que procuram atendimento de saúde, cerca de 40% não revelam sua orientação sexual. Entre as mulheres que revelam 28% referem maior rapidez do atendimento do médico e 17% afirmam que estes deixaram de solicitar exames considerados por elas como necessários. Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino (Papanicolau), o Dossiê cita dados da pesquisa realizada em 2002, pela Coordenação DST2/AIDS do Ministério da Saúde, que demonstram que entre as mulheres heterossexuais a cobertura na realização desse exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda (BRASIL, 2013).

Embora a epidemia da AIDS tenha provocado que o sistema de saúde focasse suas prioridades também nas pessoas travestis e transexuais, conferindo certa visibilidade ao grupo, atualmente é conhecido que os problemas de saúde destas pessoas são bem mais complexos e suas demandas são numerosas. A prostituição para as travestis significa não apenas sua sobrevivência financeira, mas também a possibilidade de pertencimento social, que lhes é negado em outros espaços, como foi explicitada por Benedetti (2005) *apud* TUSSI (2006). Segundo o autor, é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair IST/AIDS e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável.

A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser frequentes entre as travestis. Em estudos realizados pela Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, no ano de 2018, Estima-se que 42% da população Trans já tentou suicídio, no relatório chamado “Transexualidades e Saúde Pública no Brasil”, do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT e do Departamento de Antropologia e Arqueologia, revelou que 85,7% dos homens trans já pensaram em suicídio ou tentaram cometer o ato. Simplesmente não se pode negar tratamento a um grupo altamente estigmatizado que tem uma prevalência de 42 a 46% de tentativas de suicídio, comparado a

²A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissível (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

4,6% da população em geral. A ONG Internacional National Gay and Lesbian Task Force aponta que 41% das pessoas trans já tentaram suicídio nos EUA em algum momento, contra 1,2% da população cisgênero (aquela que não é trans). Uma pesquisa do Instituto Williams de Los Angeles publicada em 2014 estimou que 40% das pessoas trans já tentou cometer suicídio. Já uma pesquisa da Universidade de Columbia nos Estados informa que o índice de suicídio é 5 vezes mais frequente entre LGBT. Essa é uma questão muito cara e sensível para a população LGBTI em geral, em especial para a pessoas Trans e deve ser vista inicialmente pelo viés de saúde pública que, paralelo as questões de transfobia, devem ser prevenidos de forma continua eficaz. (BENEVIDE, 2018)

Essa suposição é reforçada pelo estudo de Peres (2008) apud Brasil (2013) que também evidencia a necessidade de mais estudos sobre a saúde do grupo, alertando para a saúde mental. Outra questão importante são as frequentes notícias divulgadas pela imprensa sobre mortes de travestis, devido à aplicação do silicone industrial, utilizado para promover as mudanças para a feminização do corpo. Mesmo sem estudos específicos sobre o assunto, o dimensionamento do problema justifica a necessidade de definir e praticar protocolos clínicos para os serviços do SUS (BRASIL, 2013).

Dentre os direitos conquistados por esse público, está o uso e respeito ao nome social das travestis e dos(as) transexuais, ou seja, aquele pelo qual transexuais e travestis preferem ser chamados(as), em contraposição ao nome do registro civil, que não corresponde ao gênero com o qual se identificam. O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria nº 1.820/2009, que descreve que o usuário deve ser identificado.

[...] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas (BRASIL, 2009).

Porém a falta de respeito ao nome escolhido pelas pessoas travestis e transexuais ainda se configura como uma violência que acontece diariamente nas suas vidas sociais. Por esta razão, e considerando a discriminação que atinge tais pessoas quando buscam serviços universais de atendimento à saúde, viabilizar o uso do nome social tanto oral

quanto nos documentos e prontuários é também viabilizar caminhos para a concretização da atenção integral em saúde (BRASIL, 2013).

Diante da complexidade da situação de saúde do grupo LGBT e, especialmente, diante das evidências que a orientação sexual e a identidade de gênero têm na determinação social e cultural da saúde, o Ministério da Saúde construiu esta Política para o SUS. Porém por ser uma política recente, faz com que práticas errôneas continuem ocorrendo com uma parcela dos brasileiros, constituída por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), as quais além das dificuldades correntes sofrem ainda constrangimentos diversos e outros tipos de problemas para que suas demandas específicas sejam atendidas (BRASIL, 2013).

3. SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SEUS PRINCIPAIS DESAFIOS

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB), está implantada como uma política de Estado, sendo a porta de entrada principal e prioritária aos serviços de saúde, na coordenação do cuidado e referência na Rede de Atenção à Saúde. As equipes de AP são consideradas referências pelo cuidado de certa população em um território definido sob sua responsabilidade sanitária. Dessa forma, devem estar acessíveis para acolher a demanda espontânea e realizar o acompanhamento dessa população de maneira longitudinal por meio de ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação, de redução de danos e coordenar seu cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que, como política de Estado e sustentadora do SUS, o atendimento na APS deve respeitar seus princípios fundamentais, considerando a singularidade, a inserção cultural, os determinantes e condicionantes sociais da saúde da população, cujas ações devem convergir para a proteção, prevenção, recuperação e promoção da saúde. Nesse sentido, esforços devem ser feitos para minimizar as desigualdades e a exclusão de grupos sociais, atendendo a diversidade humana, e neste grupo se inclui a população LGBT (SANTOS, 2019).

Diferente das pessoas cis-heterossexuais, as pessoas que integram a população LGBT precisam se assumir publicamente em vários momentos da vida, afirmando-se em suas orientações sexuais e identidades tanto para si quanto para sua família, amigos, colegas de trabalho, em todos os contextos que estiverem inseridos. A população bissexual é frequentemente invisibilizada, inclusive por profissionais de saúde da APS, e dentre as demandas específicas desta população estão a necessária diversidade de métodos de prevenção contra ISTs frente às diversas práticas sexuais que esta população possa, mesmo que não necessariamente, adotar (SANTOS, 2019).

Esse processo de aceitação pessoal, familiar e social pode desencadear vários problemas relacionados à saúde mental. Pesquisa realizada nos Estados Unidos com 577 pessoas do grupo LGBT revelou que experiências preconceituosas e discriminatórias podem contribuir para o aumento de transtornos mentais. No Brasil, pesquisa realizada

com 19 jovens homo afetivos evidenciou que os sofrimentos psíquicos que os acometem são oriundos de preconceitos, regras heteronormativas, estigmas, reclusões, perdas e solidão, que os levam, por vezes, à ideação suicida, o que gera demanda aos serviços e profissionais de saúde, no que pese à saúde mental, em face de o suicídio se configurar em um grave problema de saúde pública (SANTOS, 2019).

As barreiras simbólicas ao acesso da população LGBT aos serviços têm sido frequentemente denunciadas e discutidas, não apenas em relação aos homossexuais masculinos, mas para todos os grupos que compõe a diversidade de orientação. Para as lésbicas e mulheres bissexuais, por exemplo, a discriminação associada ao despreparo dos profissionais de saúde é a principal barreira para que elas assumam sua orientação sexual durante o atendimento. No que se refere às travestis e transexuais, as barreiras simbólicas ao acesso e o comprometimento da qualidade de atenção têm sido relatadas como ainda mais intensas, influenciando desde a dificuldade em se cumprir a determinação de uso do nome social nos prontuários quanto o ainda persistente processo de psiquiatrização da condição de transexualidade, para a garantia à cirurgia de redefinição de sexo (PEREIRA et al., 2017).

Em uma pesquisa realizada por Pereira et al. (2017) no município de Teresina-PI, com médicos de sete unidades de saúde a respeito de como são organizadas as ações e serviços dirigidas à população LGBT, os resultados apontam que existe uma unanimidade no discurso, em que alega não haver “nada específico para eles” (segundo a fala de um dos médicos entrevistados). Porém, observa-se que a justificativa é baseada, no conceito arraigado de igualdade, focado na universalização de direitos. O ponto de vista da classe médica nem sempre consegue velar-se, de modo que o discurso, embora cuidadoso, evidencia a inobservância médica à Política Nacional de Saúde Integral de LGBT (PEREIRA et al., 2017).

PEREIRA et al. (2017) também apontam que, faz-se necessário um olhar que contemple a interação de diversos marcadores de diferença. É possível que a população LGBT atendida por esses profissionais entrevistados pode estar condicionada a outras formas de opressões por distintos fatores, a exemplo das opressões advindas da orientação sexual, da pobreza, do racismo, da desigualdade de gênero e da homofobia, e quando correlacionadas, sistematicamente, proporciona aos sujeitos situação de acentuada vulnerabilidade.

PEREIRA et al. (2017, em suas pesquisas também evidenciam que não é apenas as práticas discriminatórias que bloqueiam o acesso ao sistema de saúde a população LGBT, mas também, e, talvez de forma imperativa, a impropriedade da oferta de atenção e de cuidados. O discurso narrativo comum, que alega a ausência da população LGBT nos serviços de saúde, não demonstra boas condições de saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis ou transexuais, mas uma desatenção às questões relacionadas à orientação sexual ou, ainda, o bloqueio da assistência, já que o acesso para os segmentos LGBT está condicionado à compreensão das demandas desses grupos, tendo em vista o cumprimento dos princípios da universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde. A seguir a fala de uma das entrevistas realizadas com os médicos da unidade de saúde, a respeito do tema:

“Eles mesmo, LGBT, não procuram a unidade como um grupo formado. Se eles não procuram a unidade, se mobilizam, então nós também não temos a oportunidade desse relacionamento [...] Mas nós não temos contato com esse grupo, esse grupo em momento nenhum nos procurou”

É indiscutível, portanto, que a influência dos padrões sociais de caráter heteronormativos estabelecidos, tem dentro dos espaços de saúde investigados seu espaço de ação. É certo, ainda, que essa influência atua fortemente na conduta profissional, aumentando o risco de alguns não terem os seus direitos respeitados e os afastando dos serviços de saúde, assim como ocorre nos locais em que a demanda LGBT não tem a Unidade Básica de Saúde como referência para suas necessidades integrais, a exemplo do modelo teresinense desse estudo (PEREIRA et al., 2017)

A Política Nacional de Saúde Integral de LGBT também reconhece a complexidade envolvida no processo de desnaturalização dos preceitos heteronormativos que levam a ações discriminatórias, por prever em seu escopo um longo e difícil caminho a ser percorrido, alertando que a maior dificuldade “será a superação do preconceito e da discriminação que requer, de cada um e do coletivo, mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças” (PEREIRA et al., 2017) .

Pessoas LGBT que apresentam uma expressão de gênero e comportamento não estereotipados podem passar despercebidas dentro dos consultórios. Considerando a pluralidade, a diversidade e que as pessoas não seguem um padrão, a anamnese deve ser minuciosa e ampliada, atenta às possíveis respostas humanas e aos contextos de vida de

cada pessoa, e toda a terapêutica deve se basear na participação, no respeito à autonomia e aos projetos de vida dos usuários por parte da equipe interdisciplinar de referência e eventuais apoiadores (SANTOS, 2019).

O Programa Brasil Sem Homofobia, prescreve, desde 2002, que o cuidado integral por parte do sistema de saúde só é possibilitado mediante uma relação de vínculo firmado quando o respeito de ambas as partes é evidenciado de forma recíproca. Portanto, o papel do profissional de saúde é facilitar o diálogo, “agindo com tato e diplomacia na busca da orientação ou encaminhamento mais adequado a cada caso” (PEREIRA et al., 2017).

As necessidades específicas e os desafios enfrentados pela população LGBT exigem preparo, e a falta de treinamento pode perpetuar o preconceito e a discriminação, resultando em cuidados de baixa qualidade e aumento na incidência de doenças e seus fatores de risco, por isso deve-se investir na educação profissional e em diretrizes práticas, para que haja oferta ampla e abrangente, científica e humana a esse grupo populacional. No que compete às diretrizes clínicas para a prestação de serviços de atenção primária e planejamento familiar para a população LGBT, estudo de revisão aponta que há evoluções importantes (SANTOS, 2019).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais traz para o debate a importância de se conhecer os determinantes sociais da saúde dos indivíduos que resultam diretamente em sua qualidade de vida. No entanto, chama a atenção o fato de que a população LGBT está reproduzindo suas vidas nos territórios, mas estão morrendo (SANTOS, 2019).

Nesse sentido, há que se refletir e colocar nas pautas de debates este tema, tanto na formação quanto nas atividades de educação permanente nos serviços de saúde, e também nos eventos científicos da área, de modo a considerar a especificidade do contexto de saúde e de vida das pessoas LGBT, ampliando a conversação e compartilhando os saberes necessários às práticas de cuidado a serem incorporadas no cotidiano da APS. É necessário refletir, pensar e praticar profissionalmente o cuidado à população LGBT, e isso implica necessariamente em considerar sua existência e expressão, conhecer suas necessidades específicas e abordagens apropriadas na formação profissional. Considerar a pluralidade humana em suas variadas possibilidades de expressão é condição precípua para a prática do cuidado em saúde (SANTOS, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Implementar a Política Nacional de Atenção Integral para a população LGBT continua sendo um desafio, já que torna-se imperiosa a ampliação da percepção do que se compreende por direitos sociais e reprodutivos e o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humanas e, ainda, impreterivelmente, o exercício da sexualidade. E apesar de existirem, resistirem e ocuparem os espaços da sociedade, a população LGBT se encontra invisível na efetivação das políticas públicas. Enquanto corpos biológicos e imersos em contextos sociais múltiplos, necessitam de atenção que envolva a saúde em seu conceito mais amplo.

Ainda que a Política Nacional de Saúde LGBT tenha nove anos de existência e que um de seus objetivos seja identificar as necessidades de saúde da referida população, insta salientar que, embora diversas ações para promoção ao respeito à diversidade já tenham progredido em alternos setores, inclusive no campo da saúde, o presente estudo demonstra que faz-se necessário a mudança de concepções e práticas por parte dos profissionais de saúde para que, além de conhecerem e apropriarem das causas prescritas na política, possam construir um novo cenário na Atenção Básica de Saúde.

Cabe ressaltar que grandiosas foram as vitórias da população LGBT em positivar, no ordenamento jurídico, direitos fundamentais para o exercício da cidadania e, ainda, para garantia de sua saúde, como um atendimento humanizado e livre de preconceito e discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, inclusive assegurando o uso do nome social para travestis e transexuais como estratégia de promoção de acesso ao sistema. Porém, ações, não menos complexas, precisam ser adotadas para que esses direitos possam ser incorporados e reconhecidos como tal pelos trabalhadores da saúde, o que requer mudanças de valores baseadas no respeito às diferenças. Ou seja ainda existe uma grande lacuna eminente entre os estudos voltados para a compreensão da atenção e assistência disponibilizada à comunidade LGBT no Brasil, e sua real concretização no serviços de saúde.

Cabe ressaltar que a população LGBT, enquanto um conjunto de cidadãos que faz uso do SUS está sempre referenciada na Atenção Primária à Saúde e, portanto, diz respeito aos profissionais prestar assistência integral com vistas à minimização das desigualdades sofridas por esta população e assumir a responsabilidade expressa, por princípio e natureza, na dimensão não somente política, mas ética e legal do cuidado, clamando às instituições

formadoras e associações científicas, de promover o debate em prol do desenvolvimento técnico, científico, cultural e político em favor das minorias sexuais e de gênero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AITH, Fernando. O Sistema Único de Saúde (SUS) como garantia fundamental do direito à saúde no Brasil. In: SANTOS, Lenir. Direito da saúde no Brasil. Campinas, SP: Ed. Saberes. Edição: 1ª, 2001. p. 201

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al . Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 516-524, Set. 2013 .

BENEVIDE, Bruna. Precisamos Falar Sobre O Suicídio Das Pessoas Trans! ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. 29 de Julho de 2018. Disponível em : <[https://antrabrasil.org/2018/06/29/precisamos-falar-sobre-o-suicidio-das-pessoas trans/](https://antrabrasil.org/2018/06/29/precisamos-falar-sobre-o-suicidio-das-pessoas-trans/)>. Acesso em: 04 de dez. de 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em:. Acesso em: 25/06/2020. BRASIL, PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Brasília, 2009.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.2 [citado 2020-11-25], pp.443-463.

LIMA, C, V. de. Sentidos de profissionais da psicologia sobre acesso da população LGBT na Atenção Básica em saúde de Maringá, PR: quatro mitos perniciosos. Tese (mestrado em mestrado). Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Estadual de Maringá. Maringá. 2017

NORONHA, José C. LIMA, Luciana D. MACHADO, Cristiani V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Ligia (org) Políticas e Sistema de saúde no Brasil. 2. Ed. Rev. e amp. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato et al.. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012

PAIVA, Carlos Henrique A. TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Rev. Hist. cienc. saúde-Manguinhos vol.21 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014

PEREIRA, E. *et al.* Unidades Básicas de Saúde em Teresina-PI e o acesso da população LGBT: o que pensam os médicos?. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 11(1), 51-67, mar, 2017.

Ramos RS. Análise do arcabouço teórico jurídico do sistema único de saúde: representações sociais na construção dos princípios éticos-organizativos [dissertação]. Rio de Janeiro: Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007

SANTOS JS, Silva RN, Ferreira MA. Enfermagem, População LGBTI+ e a Atenção Primária. Escola Anna Nery 23(4) 2019

SANTOS, Lenir. Direito da saúde no Brasil. Campinas, SP: Ed. Saberes. Edição: 1ª, 2010. p. 165

TUSSI, Fernanda Pivato. Toda feita: o corpo e o gênero das travestis. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 323-327, Dez. 2006.