



# XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

## PERCEPÇÃO BIBLIOGRÁFICA ACERCA DO ATENDIMENTO LGBT EM SAÚDE

Luiz Henrique Silva Nascimento<sup>1</sup>; Mauricio Alves de Souza Pereira<sup>2</sup>

- 1- Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes / Faculdade de Saúde Ibituruna – FASI  
e-mail: luhesina@gmail.com
- 2- Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes / Universidade de Franca SP – Unifran  
e-mail: mauricio\_sal@yahoo.com.br

### RESUMO

É inegável que, nos últimos tempos, tenha havido um avanço bastante considerável em relação aos estudos sobre a população LGBT. Um dos campos que vem sendo estudado é aquele relativo ao atendimento LGBT em saúde. Um fato é que este grupo necessita de um tratamento com algumas especificidades, levando em consideração o fato da equidade. A partir da temática, este trabalho se propõe a fazer uma análise da Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, criada pelo Ministério da Saúde em 2010, e relatos de alguns teóricos da área, a fim de problematizar o tema e trazer algumas informações pertinentes do assunto, bem como o histórico da atenção primária à saúde, a justificativa da questão de gêneros na saúde e algumas políticas nacionais de saúde integral LGBT.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; População GLBT; Políticas Públicas LGBT.

### INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em sua introdução nos diz:

“O direito a saúde no Brasil é fruto da Luta do Movimento da Reforma Sanitária e está garantido na Constituição de 1988. No texto constitucional a saúde é entendida de maneira ampliada e não apenas como assistência médico sanitária. Nesta concepção, saúde é decorrente do acesso das pessoas e coletividades aos bens e serviços públicos oferecidos pelas políticas sociais universais. A Saúde, a Previdência e a Assistência Social integram o Sistema de Seguridade Social e esta conquista representa o compromisso e a responsabilidade do Estado com o bem-estar da população (Brasil, 1988, art.194) ”.

Apesar de como descrito acima, saúde ser direito de todos, quando se trata de políticas de saúde para grupos específicos sempre gera polêmica, por ser, a princípio, antagônica à universalidade preconizada constitucionalmente aos direitos sociais, dentre os



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

quais o direito à saúde, afirma Lionço (2008). A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado é sempre um ideal a se alcançar, sendo essa a realidade brasileira que é atravessada por iniquidades que devem ser combatidas com ações que proponham diminuir ou reverter os quadros de exclusão e da violação de direitos humanos fundamentais, na perspectiva da promoção da equidade para distintos grupos sociais, explica Lionço (2008).

Lionço (2008), em suas pesquisas chama atenção para uma política de saúde para a população LGBT, onde seja enfatizada a promoção da equidade, mediante a reflexão e reconhecimento da condição de vulnerabilidade em que se encontra essa população.

Ferraz e Kraiczky (2010) chama atenção para a diferenciação de gênero nas políticas públicas de saúde, onde evidencia que gênero é uma das dimensões sócias onde mais produz desigualdades, e explica gênero baseando-se em Scott (1996), que explica como “o saber a respeito das diferenças sexuais – histórica social e culturalmente construída; portanto, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável”. Sendo um saber que atravessa todas as relações que são constituídas em sociedade, organizando seu poder de acordo o que cada sociedade atribuiu ao seu gênero.

Cardoso e Ferro (2012) comentam sobre as demandas e especificidades em relação ao que os LGBT precisam em relação à saúde. Eles atentaram a vulnerabilidade que os LGBT têm quanto ao atendimento de seus direitos humanos. Fica evidente, portanto, a extrema necessidade de agentes da saúde em temas LGBT, assim como elaboração de ações para as demandas específicas dessa comunidade.

Santos *et al* (2010) relata sobre a percepção dos LGBT ao usarem o Sistema Único de Saúde – SUS, e volta atenção para as lésbicas, uma vez que elas sofrem com a heteronormatividade de maneira dupla, devido a condição homossexual e por serem mulheres.

Esse estudo revela que, apesar de existirem muitas pesquisas sobre a comunidade LGBT que vem surgindo atualmente, ainda é uma área escassa de estudos e necessita que a Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais,



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

criada pelo Ministério da Saúde em 2010, seja de fato efetivada e que haja mais teóricos pesquisando sobre o tema.

### TRAJETO HISTÓRICO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Atenção Primária à Saúde (APS) é um modelo adotado por diversos países desde a década de 60, tendo a finalidade de proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar modificar o enfoque curativo, individual e hospitalar, que era instituído tradicionalmente nos sistemas de saúde nacional, por um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático, explica Morosini e Corbo (2007).

No Brasil, a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas e planejamento em saúde (MOROSINI E CORBO, 2007, p. 43).

Morosini e Corbo (2007) contam que a ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado relatório Daawson, em 1920. O governo inglês procurou contrapor-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado na atenção individual e no reducionismo biológico; e também criar uma referência de modelo de atenção inglês, que começava a preocupar autoridades do país, devido seu elevado custo, sua baixa resolutividade e a crescente complexidade da atenção médica.

Os antecedentes da atenção primária no Brasil estão localizados no trabalho desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) desde a década de 40, que foram influenciadas pela medicina preventiva dentro dos moldes clássicos norte-americanos, Morosini e Corbo (2007 apud Fonseca, 2001).

Anos depois, com a amplitude da agenda de Reforma Sanitária proposta pelo Movimento Sanitário na VIII CNS (1986), empalideceu-se a discussão sobre atenção primária nos anos 70.



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

A atenção primária era um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como a estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Esta discussão estava permeada pela noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde extrapolam os limites de uma proposta de extensão de cobertura. Isso pressupunha que a organização da atenção à saúde deveria ser integral tanto do ponto de vista das ações quanto no sentido da articulação da rede de serviços de saúde (MOROSINI E CORBO, 2007, p. 57).

Entretanto, no Brasil, não se questionava o valor da atenção primária, no conjunto de suas ações e serviços de saúde, questionava-se o caráter simplificador da “medicina para os pobres”, adotada como política, afirma Morosini e Corbo (2007 apud Testa, 1985,1992).

A atenção primária no SUS estava voltada essencialmente para o financiamento e a descentralização das ações e serviços de saúde, onde alguns municípios construíram propostas alternativas e muito valorizadas em termo de organização da atenção, focando na atenção primária. As experiências favoreceram a ampliação da atenção primária. (Morosini e Corbo, 2007).

Em 1994 surge o Programa de Saúde da Família – PSF que segundo Morosini e Corbo (2007), tem o intuito de estimular os municípios a assumirem alternativas de segurança em âmbito local. O PSF tem ocupado um espaço importante na agenda da política de saúde.

Mesmo que não se possa falar que haja consenso em torno do PSF, é indiscutível que sua formulação tenha provocado a reestruturação e o fortalecimento das diretrizes da atenção primária no âmbito da política nacional de saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional de saúde e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção (MOROSINI E CORBO, 2007, p. 63).

Contudo, apesar de percebemos a importância da atenção primária à saúde e sua extrema necessidade, a sociedade ainda a tem como atenção aos pobres, devido seu foco na prevenção.

### **POR QUE GÊNERO NA SAÚDE?**

Quando se atribuem significados para a diferença sexual, podendo categorizá-la e valorizá-la, dando-a atributos masculinos e femininos, se é transformado em desigualdades





## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

pelas culturas e sociedades podendo se expressar em todas as dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer, afirma Ferraz e Kraiczyk (2010).

Quando estamos falando da dimensão de gênero como parte das políticas de saúde estamos nos atendo não a diferenças nas condições de saúde resultantes exclusivamente da diferença biológica entre homens e mulheres. Estamos, sobretudo, chamando atenção para a dimensão social processos de adoecimento (Schraiber; Gomes & Couto, 2005): a naturalização da agressividade como um atributo masculino e da fragilidade e submissão como características femininas, por exemplo, tem impactos negativos nas condições de saúde de mulheres e homens (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p. 72).

Ao longo dos vinte anos de consolidação do SUS, de todas as maneiras as dimensões de gênero foram incorporadas à saúde, dentre essas dimensões, foi incorporada a política de DST e Aids, com destaque para o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e Outras DST (Brasil, 2007), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Brasil, 2008) e a Política de Atenção Integral à Saúde da População LGBT (Brasil, 2008a) informa Ferraz e Kraiczyk (2010).

De acordo Ferraz e Kraiczyk (2010), a incorporação das singularidades da população masculina e o debate sobre gênero na saúde tem se ampliado no sentido de destacar a multiplicidade de construções de identidades de gênero e orientações sexuais que são constituintes da diversidade humana, para além da classificação unicamente dos sexos biológicos.

Os dados da pesquisa “Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil”, realizada pela Fundação Perseu Abramo, não deixam dúvida quanto à gravidade do preconceito da população brasileira em relação aos segmentos LGBT: 11 em cada 12 brasileiros concordam com a afirmação de que “Deus fez o homem e a mulher [com sexos diferentes] para que cumpram seu papel e tenham filhos”. O índice de homofobia, construído a partir dos dados da pesquisa, indica que um quarto – 25% - da população brasileira é homofóbica (FERRAZ E KRAICZYK, 2010, p. 77).

Nesse contexto, segundo Ferraz e Kraiczyk (2010), fica evidente que ainda que sejam escassos os dados epidemiológicos que evidenciem o impacto das relações lesbo, gays, transfóbicas, e as condições de saúde, os saberes das ciências sociais e humanas são suficientes e comprovam a necessidade de saúde específicas para os segmentos LGBT.

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



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

A Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais foi criada pelo Ministério da Saúde em 2010, para que fosse implementada no SUS – Sistema Único de Saúde.

Já na apresentação da Política, descobrimos seu caráter histórico. Desde a década de 80, o Ministério da Saúde tem adotado estratégias para o enfrentamento da epidemia HIV/AIDS, sempre com parcerias com movimentos sociais vinculados a defesa dos direitos da população de LGBT; o que fortaleceu a participação destes grupos na luta pela saúde.

Com esse reconhecimento da complexidade da saúde LGBT, o movimento social passou a articular com outras áreas do Ministério de Saúde, ampliando o conjunto de suas demandas em saúde.

E mais adiante, seu objetivo é informado: contudo, a construção desta Política tem como objetivo resguardar as especificidades de lésbicas, de gays, de bissexuais, de travestis e de transexuais. Tendo caráter transversal, por envolver todas as áreas do Ministério da Saúde, tais como a produção de conhecimento, participação social, promoção, atenção e cuidado.

Segundo a fundamentação legal da Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, está embasada nos princípios assegurados na Constituição Federal de 1988 (CF/88), garantindo a cidadania e dignidade da pessoa humana, a fim de promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. A Política Nacional de Saúde integral LGBT tem como diretrizes gerais o respeito aos direitos humanos dos LGBT, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral; contribuir para a promoção da cidadania e inclusão dos LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais: educação, trabalho, segurança; incluir a população LGBT nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS; implementar ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento



## **XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES**

relacionados aos aspectos de inadequação identitária, corporal e psíquica relativos às pessoas travestis e transexuais; difundir as informações pertinentes ao acesso, em todos os níveis de gestão do SUS; incluir a temática de orientação sexual e identidade de gênero nos processos de educação premente desenvolvidos pelo SUS; produzir conhecimento científico e tecnológico, visando a melhoria da condição de saúde LGBT e fortalecer a representação do movimento social organizado LGBT nos Conselhos e Conferências de saúde. Tendo como objetivo promover a saúde integral dos LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, e também contribuir para a redução das desigualdades no SUS.

### **PERCEPÇÃO BIBLIOGRÁFICA NO ATENDIMENTO EM SAÚDE LGBT**

Lionço (2008) destaca que é fundamental para o avanço da consolidação do direito à saúde integral para LGBT o enfrentamento das condições em que seus direitos humanos são violados ou negligenciados.

O direito à saúde integral para essa população requer o redimensionamento dos direitos sexuais e reprodutivos, demandando a desnaturalização da sexualidade e de suas formas de manifestação, bem como a recusa à medicalização da sexualidade, que tende a normatizar as expressões da sexualidade humana segundo a lógica heteronormativa e da linearidade na determinação do sexo sobre o gênero. Isso implica considerar outros discursos sobre a sexualidade humana como legítimos inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médico que tende a patologizar e medicalizar as diferenças que denunciam a não naturalidade, no humano, dos processos constitutivos e das práticas sociais e relacionais vinculadas à sexualidade (LIONÇO, 2008, p. 18).

Lionço (2008) explica que para a garantia do direito à saúde para a população LGBT, é necessário superar a violação de seus direitos humanos rumo à promoção da equidade no sistema de saúde, na qual se possa requerer, necessariamente, na perspectiva de democratização dos direitos humanos, e tenha o reconhecimento das diversas possibilidades de constituição humana e o livre exercício da sexualidade.

Nesta perspectiva, o SUS, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (Portaria Nº 675/GM, D.O.U 31/03/2006) (Brasil, 2006), deu um passo à frente ao assegurar o 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 (LIONÇO, 2008, p. 18).



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

Cardoso e Ferro (2012) discutem sobre a situação de vulnerabilidade que a população LGBT se encontra, devido a não adequação de gênero com o sexo biológico ou a identidade sexual não heteronormativa, onde muitas vezes tem os seus direitos humanos básicos agredidos.

Segundo dados apresentados pelo Ministério da Saúde, dois em cada três entrevistados (67%) já sofreram algum tipo de discriminação motivada pela identidade sexual ou pelo gênero, proporção que alcançou 85% em travestis e transexuais. Os dados desse documento também apontam que 14,5% dos participantes do estudo feito na ParadaGay de São Paulo relataram já terem sofrido algum tipo de preconceito nos serviços da rede de saúde (CARDOSO E FERRO, 2012, p. 553,554 apud BRASIL, 2008b).

Entretanto, Cardoso e Ferro (2012) advertem que para as transformações das redes de saúde para um atendimento melhor dessa população são necessárias mudanças no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. Questões culturais provindas do padrão heterossexual influenciam de modo subjetivo o atendimento dos profissionais da saúde para a comunidade LGBT.

Sousa, Abrão, Costa e Ferreira (2009), a partir dos argumentos de Lionço, relacionam a prática discriminatória de alguns profissionais da saúde com a influência do padrão heterossexual que permeia a nossa cultura, sendo que o preconceito sofrido pela população LGBT pode constituir uma barreira que impede o seu acesso aos serviços de saúde (CARDOSO E FERRO, 2012, p. 554 apud SOUSA, ABRÃO, COSTA E FERREIRA (2009).

Santos *et al* (2010) leva em consideração a existência de situações de discriminação nos serviços de saúde, onde percebe que ainda há a necessidade de uma evolução na área de atenção a população LGBT.

Neste sentido, estudos destacam que uma atitude discriminatória afeta a relação médico – paciente, obstaculiza políticas de educação e prevenção, afeta a credibilidade do sistema de saúde e impede que os usuários solicitem exames de saúde voluntários e atentam contra o direito a saúde (SANTOS *et al*, 2010, p. 244 apud SEVILLA GONZÁLEZ, & ÁLVAREZ LICONA, 2006; TERTO, 2002).

Santos *et al* (2010) reforça a sua tensão para as lésbicas que se apresentam como um grupo que sofre a heteronormatividade de maneira dupla, simplesmente pela condição de homossexual e por serem mulheres, devido a heteronormatividade carregar um conteúdo falocêntrico localizado no pênis, tendo a logica sexual de que toda relação sexual necessite deste órgão, caso contrario, as praticas preventivas e aconselhamentos não fazem nenhum sentido para esta população.





## **XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES**

Rodriguez (2014), afirma que o uso de serviços de saúde tem sido menor entre a população LGBT do que a população heterossexual, devido a uma falta de confiança no sistema de saúde.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após análise da Política Nacional de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, criada pelo Ministério da Saúde em 2010, e os relatos dos teóricos, percebe-se uma enorme lacuna entre teoria e prática, na qual predominam a falta de conhecimento, a discriminação e a necessidade de um atendimento pautado nos direitos humanos básicos. Apesar de ser um campo novo para pesquisas, está se expandido em uma velocidade alarmante. Fica evidente, portanto, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde na atenção primária para que não tenham mais relatos de discriminação e nem de falta de infraestrutura institucional. Que a produção científica aumente, pois, estando escassa, não é possível que haja uma quantidade de produções que sacie as dúvidas quando surgirem.

### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CERQUEIRA-SANTOS, Elder et al. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. Revista Interamericana de Psicologia, v. 44, n. 2, p. 235, 2010.

CORBO, Anamaria D.; MOROSINI, Márcia Valéria GC; PONTES, Ana LM. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 69-106, 2007.

FERRAZ, Dulce, and Juny Kraiczky. "Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS." Revista de Psicologia da UNESP 9.1 (2010): 70-82.



## XI COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADES

LIONÇO, Tatiana. "Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade." *Saúde e Sociedade* 17.2 (2008): 11-21.

RODRIGUES, Michelle; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicologia: ciência e profissão*, v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica et al. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC. 2014.