

## SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS

Felipe Destri<sup>1</sup>; Gabriela Portes Pisconti Pohv<sup>2</sup>; Marina Oliveira Arouca<sup>3</sup>; Flávio Alves da Silva<sup>4</sup>; Wilma Magaldi Henriques<sup>5</sup>

1. Estudante do curso de Psicologia; e-mail: felipe\_destri@hotmail.com
2. Estudante do curso de Psicologia; e-mail: gabyportespp@gmail.com;
3. Estudante do curso de Psicologia; e-mail: aroucamarina@gmail.com
4. Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: flaviosilva@umc.br
5. Professor da Universidade de Mogi das Cruzes; e-mail: wilmahenriques@hotmail.com

**Área de conhecimento:** Psicologia

**Palavras-chave:** Saúde Pública; População LGBT; Políticas Públicas.

### INTRODUÇÃO

A presença do padrão heteronormativo naturalizado socialmente facilita com que os profissionais de saúde reproduzem narrativas discriminatórias de gênero e sexual dentro dos serviços de saúde públicos, por excluir experiências dos pacientes que não sejam heteras/cis e então, tornam-se elementos que colaboram com as dificuldades do acesso da população LGBT aos serviços de saúde e em consequência, contribuem para o adoecimento deles (CARDOSO e FERRO, 2012). Dentro da área da saúde, historicamente, o segmento LGBT foi tratado como patologia mental até 1991, quando a Classificação Internacional de Doenças (CID) elaborado pela Organização Mundial de Saúde, retirou o termo homossexualismo das patologias. Enquanto persistia o termo “homossexualismo”, os pacientes LGBTs eram tratados como portadores de doenças mentais e desvio de conduta (CAPONI, 2012). Considera-se recente a prática de profissionais da saúde que se distanciam dessa imposição de padrão heteronormativo e que atendem a população LGBTs enquanto sujeitos dignos e de direitos. Através dos movimentos sociais LGTB, foi possível reivindicar os direitos e como resultado, duas políticas públicas foram implantadas, em 2004, com a criação do projeto Brasil Sem Homofobia e em 2011, Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Diante disso, a atual pesquisa tem como hipótese que o tema LGBT, apesar de estar em evidência na sociedade brasileira e ter ganhado relevância com as recentes mudanças na legislação, ainda não é devidamente disseminado, ainda sim, pode ser possível que os usuários LGBT do serviço público de saúde encontrem dificuldades no acesso devido omissão e legitimação de preconceitos, os quais, têm como consequência violação dos direitos humanos.

### OBJETIVOS

O estudo teve como objetivo geral: verificar como a população LGBT tem experienciado os atendimentos dos serviços de saúde pública, bem como descrever como lidam com manifestações discriminatórias dentro desses serviços. Os objetivos específicos por sua vez, foram: A) descrever as principais dificuldades da população LGBT em acessar os serviços de saúde pública; B) identificar se a população LGBT já vivenciou situação de discriminação por parte dos funcionários da saúde pública.

### METODOLOGIA

A pesquisa tratou-se de um estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, que utilizou da metodologia da História Oral Temática, conforme o proposto por Meihy e Holanda (2007). Foram vinte participantes que se enquadram nos critérios de inclusão: se

considerar dentro da população LGBT, ser residente dentro do Estado de São Paulo e ter utilizado os serviços de saúde pública nos últimos três anos. Os pesquisadores optaram em caracterizar os participantes com nomes de flores, garantindo a ética e o sigilo de cada participação. A pesquisa foi executada a partir da seguinte questão disparadora: *Pode me contar como tem sido o atendimento nos serviços públicos de saúde para você, enquanto pessoa LGBT?* As entrevistas foram transcritas, textualizadas, transcriadas e cartografadas, e neste processo marcou-se as palavras-chave que continham a questão da pesquisa, a partir disto, relatos escolhidos seguiram um critério de exemplaridade: narrativa de depoimentos reveladores do mérito da questão. Foram entrelaçados recortes de falas desses depoimentos com reflexões dos pesquisadores e dos autores estudados, como tentativa de encontrar sentido e refletir acerca de nossas questões para desvelar uma possível compreensão do atendimento prestado à população LGBT em equipamentos públicos de saúde.

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

**1) Quanto às vivências dos participantes:** *“Quando você é LGBT a atenção é muito menor, tipo muito menor mesmo, então você não tem a atenção que precisa ter”* (Bromélia). A partir desses relatos, questiona-se, então por que mesmo com reivindicações dos direitos LGBT, com implantações das políticas públicas de saúde ainda ocorrem situações discriminatórias dentro de instituições públicas? Na tentativa de responder esse questionamento, considerou-se que as experiências dos entrevistados sobre o acesso ao sistema único de saúde (SUS) tem como premissa um reflexo da sociedade atual. Saffioti (1987; 2015) fala sobre uma sociedade sendo sustentada por uma política econômica capitalista, onde prevalece uma superioridade de gênero, raça/etnia, orientação sexual e poder aquisitivo, que ela caracterizou como *“o poder é macho, branco, e, de preferência, heterossexual”*. A autora também discute sobre a antropoprodução, a qual consiste na reprodução, além de biológica, a social de seres humanos. Sendo assim, o fato de homens cis, héteros e brancos terem maior participação social, permite que eles ditem os padrões, e então esses padrões se repetem em outros cenários. Ao encontro dessa proposta de análise, se vê que Borrillo (2013), também argumenta sobre a imposição social para manutenção da superioridade de um recorte populacional, em seu livro *“Homofobia: história e crítica de um preconceito”*. Observou-se nos entrevistados que relataram não ter passado por situações discriminatórias no atendimento do SUS, tinham características comportamentais mais próximas de um padrão heterossexual e cisgênero. Para tentar compreender essa condição, levanta a hipótese da homofobia interiorizada, que Nascimento (2010) descreve que mesmo antes de se assumir para o mundo como uma pessoa LGBT, esta já começa a se identificar dentro de uma sexualidade ou identidade de gênero que socialmente é discriminada, excluída e violentada, assim, ao passar pelo processo de se assumir, como forma de proteção desses mecanismos sociais, muitos acabam por se enquadrar em modelos comportamentais comumente atribuídos às pessoas heterossexuais e cisgêneras. Para argumentar esse movimento em massa, Freud (1930/2010) em seu texto *“O mal-estar na civilização”*, explana como um *“sentimento oceânico”*, que segundo o autor, esse sentimento de ser um com o universo, tenta, através de uma necessidade de proteção paternal, buscar proteção das próprias ameaças feitas por esse mundo exterior. Parte-se então que muitos dos LGBTs que mantêm um comportamento mais aceito dentro dos padrões sociais o fazem como forma de se sentir ainda parte dessa sociedade e, também, como forma de se proteger dela. Claramente isso não pode ser generalizado a todos, pois a vivência e construção de cada sujeito é única.

**2) Quanto às dificuldades dos participantes:** Identificou-se o impacto dessas imposições sociais que limitam as vivências dos participantes em suas mais diversas formas de expressões para manutenção de uma sociedade heterossexista. Das principais dificuldades: quanto ao não respeito e não uso do nome social deles, seja por parte dos

profissionais da saúde, seja por parte da recepção, segundo Acácia “Às vezes na recepção mesmo a gente já tem uma alguma divergência com relação ao nome, alguns lugares não tem o espaço de nome social”. Os participantes também expressam a negligência clínica como um fator prejudicial, Orquídea descreveu que durante um atendimento “*senti um tom um pouco antigo assim, de um julgamento assim, falando sobre sexo sem proteção, de uma forma meio... um pouco preconceituosa até*”. Com esses relatos, nota-se a existência de expressões de julgamentos não explícitas, mas que mantêm de forma subjetiva a alienação clínica enquanto particularidades da saúde LGBT. Os entrevistados sentem falta da apropriação dos profissionais que atendam suas demandas. No livro de Borrillo (2010, p. 24,) discute as discriminações não explícitas que se enquadram na homofonia cognitiva (social), caracterizada por diálogos que perpetuam as “*diferenças homo/ hetero*”. Lírio disse que “*eu falei que eu era lésbica e ela começou a falar que, tipo, aquilo não era sexo e tal, que tinha que ter penetração de um pênis. [...] ela deixou de pedir um exame lá porque falou que só podia depois de ter realmente transado*”. Portanto, por vivermos em uma sociedade heterossexista, ocorre o desencontro técnico com os pacientes LGBT, podendo ser uma sustentação desse sistema social e/ou falta de apropriação técnica do tema. Essas dificuldades apontadas colaboraram para os entrevistados buscarem outras alternativas para atender suas demandas em saúde, como automedicação, clínicas particulares, recusa em buscar tratamento médico quando necessário e situações de automutilações.

**3) Quanto às formas que os entrevistados lidam:** Os relatos a seguir podem ser vistos como uma somatória do que discutimos até o momento. Em relação à automedicação, destaca-se a auto harmonização feita, principalmente, pelos entrevistados transexuais, como no caso de Peônia “[...] *no começo foi uma barra pra mim, porque eles [médicos] não queria meio que aceitar, porque “tava” tudo no começo e eu já tinha tomado bastante hormônio. Hormônio não, anticoncepcional*”. O medo de reviver experiência antiga e/ou de viver experiência de terceiros, é explícito no seguinte trecho: “*medo de buscar [atendimento psicoterápico], por medo de ter um atendimento ruim, de uma pessoa que ainda tenha dentro dela pautas muito morais e de valores que ela traz como crenças*” (Heliconia). Nos casos mais graves, as pessoas podem partir para auto agressão e suicídio: “*(...) isso acaba elas ficando agressivas com si mesma e acaba descontando nas outras*” (Íris). O apagamento da mulher lésbica na sociedade como ativa sexualmente por não se relacionar com parceiros homens dificulta ou impede que os profissionais de saúde acessem conhecimentos sobre a saúde da mulher lésbica, dificultando também o acesso das mesmas à exames e tratamentos necessários. “*Ele [ginecologista] supôs que eu era hétero, falou coisas sobre penetração e tal, e até eu explicar pra ele que não, que eu fazia sexo com mulheres, aí ele depois entendeu (...) depois ele nem sabia fazer perguntas direito*” (Petúnia). Uma outra alternativa é a busca por convênios e clínicas particulares e na tentativa de responder à procura por serviços da saúde suplementar e/ou particular os pesquisadores pensaram em como está sendo o processo de consolidação do SUS. Nesse processo, verifica-se que a aprovação da Emenda Constitucional no 86 (EC 86) [em 2015] cristalizou o subfinanciamento do SUS, e a Lei nº 13.097, que permite a participação de empresas e do capital estrangeiro, direta ou indiretamente, nas ações e cuidados à saúde” (SCHEFFER, 2015, p.01) comprometerem o investimento real do SUS para que seus princípios e diretrizes sejam concretizados. Sabendo que historicamente a comunidade LGBT foi sendo silenciada para manutenção da lógica heterossexista, adapta-se esse fenômeno para área da saúde seguindo a mesma linha. A ausência de investimentos torna-se visível: “*pelo que eu saiba e tenho amigas que fazem da utilização desses programas do governo, é somente a utilização da hormonização. Prótese, nada, nem uma estética plástica, nada*” (Girassol). Se por um lado não há investimento necessário para implementação de políticas, gerando superlotação dos serviços, por outro lado, os serviços particulares/suplementares trazem boas experiências comparando com sistema pública: “*(...) ir pro Sistema Público de Saúde pra mim é última opção, se eu realmente não tiver acesso a esses profissionais*” (Acácia).

## CONCLUSÕES

Discute-se ao longo da pesquisa como estão sendo o acesso da saúde pública para a população LGBT, para início da análise consideramos a compreensão de sociedade como herossexista, com base nas produções de Saffioti, Borrillo e Freud. Aborda-se como a discriminação social é uma das formas sutis de perpetuação dessa lógica social e como ela é vista dentro de sistema de saúde, sendo que, teoricamente, o SUS preconiza em seus princípios/diretrizes: equidade, universalidade e integralidade. As vivências dos entrevistados vão na contramão do que foi posto como prioridade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT. Partindo das próprias experiências, alguns entrevistados propuseram ideias para tentar minimizar os efeitos negativos do sistema, que poderiam melhorar suas experiências, como: palestras de apoio relacionadas à sexualidade e gênero apoiadas por Organizações Não Governamentais (Girassol e Helicônia); melhora na formação dos profissionais de saúde capacitando para atender as demandas da população LGBT (Malva); canais de acesso de informações específicas sobre a saúde LGBT (Íris). Entretanto, tais soluções poderiam ser praticadas, já que possuem respaldo legal, conforme art. 196,197 e 198 da Constituição Federal de 1988; Lei nº 8080 de 1990 conhecida como Lei Orgânica da Saúde; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBT. Diante disso, emerge da própria pesquisa o questionamento: como podemos colaborar para o fortalecimento do SUS dentro de uma sociedade que prioriza o desmonte desse? O problema do desmonte é a não garantia de o acesso à saúde universal e está acarretando em precarização da saúde e seletividade do acesso, tendo em vista os relatos sobre as dificuldades e as alternativas encontradas para atender as demandas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BORILLO, Daniel. **Homofobia: História e crítica de um preconceito**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.
- CAPONI, Sandra. Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: **Editora da Fiocruz**, 2012.
- CARDOSO, Michelle Rodrigues; FERRO, Luís Felipe. Saúde e população LGBT: Demandas e especificidades em questão. *Psicologia*. **Ciência e Profissão**, v.32, n.3, p. 552-563, 2012.
- FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização (1930). In: FREUD, Sigmund. **Freud (1930-1936): O mal-estar na civilização e outros textos**. São Paulo: Cia das Letras. 2010.
- HENRIQUES, Wilma Magaldi. **Supervisão: Lugar mestiço para aprendizagem clínica**. 2005. 216 f. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, PSA – USP. 2005.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom; HOLANDA, Fabíola. **História oral: Como fazer, como penar**. São Paulo: Contexto, 2007.
- NASCIMENTO, Márcio Alessandro Neman. Homofobia e homofobia interiorizada: produções subjetivas de controle heteronormativo? **Athenea Digital**, Cerdanyola del Vallès - Espanha, n.17, p.227-239, 2010.
- SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência**. 2. ed- São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015, 160p.

SCHEFFER, Mário. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 31(4), p. 663-666, abr, 2015.