



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Alexandre Nascimento Santos

Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS à comunidade LGBTQI+: um olhar a partir
da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/RJ

Rio de Janeiro

2022

Alexandre Nascimento Santos

Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS à comunidade LGBTQI+: um olhar a partir da zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.

Coorientador: Prof.M.Sc. Ernane Alexandre Pereira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Sexual diversity and social stigmas in the SUS for the LGBTQI+ community: an observation from the North Zone of the city of Rio de Janeiro/RJ.

S237d Santos, Alexandre Nascimento.
Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS à comunidade LGBTQI+: um olhar a partir da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/RJ / Alexandre Nascimento Santos. -- 2022.
87 f. : il.

Orientador: Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos.
Coorientador: Ernane Alexandre Pereira.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 72-75.

1. Hospitais. 2. Pessoas LGBTQIA+. 3. Estigma Social. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Promoção da Saúde. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Alexandre Nascimento Santos

Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS à comunidade LGBTQI+: um olhar a partir
da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/ RJ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas públicas, gestão e cuidado em saúde.

Aprovada em: 17 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Rosangela Gaze
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Maria Helena Barros de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. M.sc. Ernane Alexandre Pereira (Coorientador)
Secretaria Estadual de Assistência Social e Direitos Humanos

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2022

À MINHA MÃE, MARIA NASCIMENTO SANTOS (IN MEMORIAM)

AGRADECIMENTOS

Ao Arthur André, dedicado e companheiro incentivador nessa trajetória. Aos amigos de turma, em especial à Jéssica Barreto, Rainer Lopes e Patrícia Moquedace, que não permitiram que as dificuldades alterassem meu ânimo. Gratidão aos profissionais de saúde do CTI do Hospital PRONIL, desempenharam suas habilidades com maestria garantindo a manutenção da minha vida. Ao meu orientador Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e ao coorientador Ernane Alexandre Pereira por todo apoio nessa pesquisa, assim como à equipe da coordenação do curso, pela excelente condução de todo esse percurso de aprendizado.

*“Crê em ti mesmo, age e verás os resultados.
Quando te esforças, a vida também se esforça
pra te ajudar”.*
(XAVIER).

RESUMO

Esta pesquisa buscou desvendar as representações sociais que acompanham a população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, queer, intersexo e mais (LGBTQI+) no ambiente hospitalar. O objetivo geral foi compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQI+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do SUS. Para alcançar o objetivo geral, foram categorizados três objetivos específicos: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero; identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQI+ no ambiente hospitalar; e, por último, investigar se o profissional possui pleno conhecimento das etapas fundamentais para dar suporte à formação de identidade de gênero e sexualidade, no intuito de humanizar o tratamento hospitalar. Os procedimentos metodológicos incluíram entrevistas semiestruturadas e observação de campo em um Hospital do subúrbio na cidade do Rio de Janeiro, RJ e, na análise metodológica, partiu-se da perspectiva sociointeracionista de Erving Goffman e do debate teórico-conceitual a partir do conceito de estigma do mesmo autor. Concluiu-se que a população LGBTQI+ sofre preconceito no ambiente hospitalar, dada a falta de capacitação dos profissionais da área da saúde e preconceito social desses mesmos profissionais.

Palavras-chave: ambiente hospitalar; população LGBTQI+; estigma; SUS.

ABSTRACT

This research sought to unravel the social representations that accompany the population of lesbians, gays, bisexuals, transsexuals, transgenders, transvestites, queer, intersex and more (LGBTQI+) in the hospital environment. The general objective was to understand the relationship established in the care of the LGBTQI+ population in the hospital environment by SUS professionals. To reach the general objective, three specific objectives were categorized: to analyze the perception of health professionals about sexual and gender diversity; identify possible discriminatory actions that generate violations of health care rights of the LGBTQI+ population in the hospital environment; and, finally, to investigate whether the professional has full knowledge of the fundamental steps to support the formation of gender and sexuality identity, in order to humanize hospital treatment. The methodological procedures included semi-structured interviews and field observation in a suburban hospital in the city of Rio de Janeiro, RJ and, in the methodological analysis, it was based on the socio-interactionist perspective of Erving Goffman and the theoretical-conceptual debate based on the concept of stigma. by the same author. It was concluded that the LGBTQI+ population suffers prejudice in the hospital environment, given the lack of training of health professionals and social prejudice of these same professionals.

Keywords: hospital space; LGBTQI+ population; stigma; SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Componentes presentes no preconceito	34
Figura 2 -	Quadro conceitual elaborado a partir de Goffman (2004)	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados	56
Tabela 2 - Papel da função e atuação profissional.....	56
Tabela 3 - A primeira impressão	58
Tabela 4 - Identificação da população LGBTQI+ e preparo do profissional de saúde.....	59
Tabela 5 - A Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transsexuais
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CID	Classificação Internacional de doença
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
ISR	Identidade Social Real
ISV	Identidade Social Virtual
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTQI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, transexuais, Transgêneros, Queer, Intersexo e mais
MS	Ministério da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
SEDH/PR	Secretaria Especial de Direitos Humanos da República
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	16
2.1	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE APRESENTAÇÃO.....	16
2.2	SOBRE A TRAJETÓRIA DOS MOVIMENTOS LGBTI+ ORGANIZADOS NO BRASIL	20
2.3	A QUESTÃO DO DIREITO: O BRASIL LEGAL E O BRASIL REAL	28
2.4	O ESTIGMA E AS INTERAÇÕES SOCIAIS: UMA PROPOSIÇÃO AO DEBATE	32
3	CONTEXTUALIZANDO O CAMPO.....	39
3.1	O AMBIENTE HOSPITALAR E O DIREITO À SAÚDE PARA TODOS.....	39
4	PERCURSO METODOLÓGICO	41
4.1	CAMINHOS METODOLÓGICOS	41
4.2	PARTICIPANTES/AMOSTRAGEM	43
4.3	ENTREVISTAS E COLETA DE DADOS	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – UMA EDUCAÇÃO PARA OS DIREITOS HUMANOS	65
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
	REFERÊNCIAS.....	72
	ANEXO I: PORTARIA Nº 2.836, DE 1º DE DEZEMBRO DE 2011	76
	ANEXO II: ROTEIRO DE ENTREVISTA	84
	ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	85

1 INTRODUÇÃO

O Brasil carece de uma tradição cultural de respeito e valorização aos direitos humanos. Ainda existem grupos populacionais submetidos ao preconceito e à exclusão social.

Os direitos fundamentais aparecem, na verdade, na forma de privilégios para alguns grupos sociais, enquanto para a maioria da população há uma outra realidade, marcada por relações sociais injustas e violentas. Existe um exercício diferenciado da cidadania, vivenciado por todos os segmentos sociais no relacionamento cotidiano com aqueles que estão imbuídos de algum tipo de autoridade, desde os porteiros nos prédios das escolas, os seguranças dos “shopping-centers”, os agentes de polícia, os guardas de trânsito, funcionários de hospitais públicos etc, inclusive o grupo da população de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, transgêneros, travestis, queer, intersexo, assexuais e mais (LGBTQI+).

Integrando a equipe de enfermagem por mais de trinta anos, sendo vinte e cinco deles no SUS, o pesquisador tem a vivência de diferenciadas situações tanto enquanto profissional como usuário de serviço de saúde, hospitalizado. Durante esses períodos, ele pôde observar e ter ciência de inúmeros episódios de violações de Direitos Humanos da população LGBTQI+.

A equipe multidisciplinar¹ que compõe a unidade de saúde, tem a finalidade de ofertar um ambiente acolhedor, qualificado, estando pronta a resolutividade das necessidades do usuário. No entanto, no processo em que o profissional de saúde atua diretamente com o paciente, ele exerce algum tipo de poder na relação, independentemente da forma e tipo de assistência prestados. Seja na admissão, na coleta de material para exames, na administração de medicamento, na avaliação de resultados ou no acompanhamento do histórico da vida social dando suporte quando alguma carência é observada, dentre outros, o profissional de saúde constrói sua interpretação acerca do indivíduo paciente que ele está atendendo. E é neste contexto que se busca desvendar, a partir de Erving Goffman (2004), os estigmas que são construídos para a população LGBTQI+. Para Goffman “os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas” (p.05), entretanto, quando um “estranho” nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, “a sua identidade social”. Nós preconcebemos e idealizamos (positiva ou negativamente) as pessoas a partir das nossas perspectivas normativas. Mas o que é o normal? O normal depende do lugar que um indivíduo ocupa no estrato social.

¹ Uma equipe multidisciplinar hospitalar é formada por profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, nutricionistas, médicos e gestores. O objetivo é oferecer um atendimento de forma coordenada e de alta qualidade.

Destarte, em uma sociedade como a brasileira, que é homofóbica e transfóbica², há uma identidade social da população LGBTQI+ que torna este trabalho angustiante e desafiador. Alguns colegas profissionais de saúde constroem suas narrativas sobre esses indivíduos por meio de estigmas, com argumentos de desconhecimentos da temática, ou até mesmo deixando claro a intencionalidade da ação discriminatória, considerando que o padrão aceitável é o de heteronormatividade. Assim, um paciente é punido nas mais diversas situações que fuja à regra normativa³ imposta pela sociedade de forma compulsória, já que o paciente hospitalizado não tem como reagir.

A presente dissertação trabalhou com entrevistas semiestruturadas, conforme questões expostas no anexo II, de pessoas profissionais de saúde de um hospital localizado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, que chamamos de subúrbio carioca⁴. As entrevistas foram a base para a análise e interpretação, a partir do referencial teórico em Erving Goffman, que trata das interações sociais e o conceito de estigma.

Perguntas Norteadoras:

De que forma a falta de qualificação e preconceito dos profissionais no atendimento à população LGBTQI+ no SUS altera a relação saúde-doença?

Reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde de LGBTQI+?

Objetivos

Objetivo Geral: compreender a relação que se estabelece no atendimento à população LGBTQI+ no ambiente hospitalar pelos profissionais do SUS.

Para alcançar o objetivo geral, são três os objetivos específicos:

- Analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero;
- Identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQI+ no ambiente hospitalar; e

² Há pesquisas, como a realizada pelo professor Gustavo Venturi, mostrando o panorama quantitativo da homofobia no Brasil, disponível acesso a artigo sobre a pesquisa: <http://www.usp.br/aun/antigo/exibir?id=5195&ed=919&f=1>

³ Que no estudo de caso em tela é heteronormativa.

⁴ O termo “subúrbio carioca” foi cunhado pelo professor, já falecido, Nelson da Nóbrega Fernandes (UFF), significando o subúrbio carioca como áreas distantes do centro, compreendendo Zona Norte e Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro, cortadas pela linha do trem e onde a classe trabalhadora morava e construía seus modos de ser e viver a cidade.

- Investigar se o profissional possui pleno conhecimento das etapas fundamentais para dar o suporte a formação de identidade de gênero e sexualidade, no intuito de humanizar o tratamento hospitalar.

Justificativa

Essa pesquisa é importante porque visa potencializar o debate em torno das questões sociais que despontam em nossa sociedade. Há uma demanda real em relação à desigualdade no tratamento da população LGBTQI+ (CARDOSO; FERRO, 2012; PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019; SILVA; et al., 2020; MORAIS; et al., 2020; PARANHOS; WILLERDING; LAPOLLI, 2021; RAVADELLI; DE SOUZA, 2021). É perceptível cotidianamente que alguns profissionais de saúde, assim como os administrativos e pessoal de apoio que compõem a assistência dentro do Sistema Único de Saúde, ainda acreditam que a população LGBTQI+ é a causadora do surgimento de várias doenças, principalmente por via sexual e transtornos mentais. Essa estigmatização da população LGBTQI+ fere o princípio de isonomia no atendimento hospitalar e gera desconforto por parte dessa população em não recorrer ao SUS para tratamento de doenças.

Assim, princípios fundamentais do SUS são totalmente desrespeitados, não se tem equidade, não se tem igualdade nos atendimentos, inclusive com o usuário hospitalizado. E neste sentido, mesmo o paciente inserido em ambiente hospitalar, os profissionais não estão preparados para o seu recebimento. Desde a sua chegada ao setor de internação até a acomodação em sua unidade há desrespeito e constrangimento, todavia, a população trans é a mais vulnerabilizada nas violações de seus direitos (tais como negação do uso do nome social, preconceito no atendimento e no tratamento – enfermeiros mais distraídos com esses indivíduos, enfermagem de acordo com o sexo e não gênero, dentre outras).

O espaço hospitalar traz geralmente toda uma situação adversa ao usuário: medo, insegurança, dúvidas, entre outros sentimentos. O usuário/paciente ao se deslocar em busca de assistência por conta de alguma enfermidade, já carrega em si, o desconforto decorrente da enfermidade, e muitas vezes ainda precisa lidar com a estigmatização da sua identidade social. Ao realizar algum tipo de tratamento ou cirurgia, seja qual for a demanda de saúde que necessite, esse usuário/paciente já observa sua rotina de atividades diárias serem alteradas, e ao esperar por um local humanizado e acolhedor, ele não encontra. As pessoas envolvidas na sua terapia não empatizam, nem se sensibilizam com a dor desse usuário/paciente e não respeitam suas especificidades. Esta premissa humanizadora, que se tem mostrado ausente no

tratamento da população LGBTQI+ na rede pública hospitalar, denota ineficácia da Educação Permanente em Saúde⁵.

Na dissertação discute-se, no capítulo 2, as bases teórico-conceituais exploradas para o entendimento do tema, tais como: os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, ressaltando sua contextualização histórica e epistemológica fundamentados em Matta (2007); a trajetória dos Movimentos LGBTQI+ organizados no Brasil, com base em Guimarães (2018) e Green, além de Fernandes et. al. (2010); a questão do direito: o Brasil legal e o Brasil real, mostrando a relação entre o Direito Constitucional e a formação do Estado Democrático de Direito e a educação em Direitos Humanos, a partir de Moraes (2022) e Benevides (2000); e, por fim, um debate sobre Estigma e Interações Sociais (GOFFMAN, 2013, 2004).

No capítulo 3 buscou-se ambientar o campo, onde foram realizadas as entrevistas. No capítulo 4 traça-se o percurso metodológico, apresentando dados do processo empírico e análise, com as descrições de cada entrevista. E, por último, discutem-se os resultados da dissertação com as contradições na fala dos sujeitos participantes e é apresentada uma proposta de intervenção que poderá ser realizada nas instituições de saúde, como um módulo de aprimoramento profissional para o tratamento da população LGBTQI+.

⁵ A proposta conceitual da Educação Permanente em Saúde (EPS) sinaliza a concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos. O objetivo é que os profissionais de saúde, atuantes cotidianos do ambiente de saúde, possam tomar as decisões acerca do acolhimento, respeito, a escuta, o cuidar e as responsabilidades coletivas de qualidade para o melhor benefício do paciente/usuário.

2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: BREVE APRESENTAÇÃO

Os princípios e diretrizes do SUS precisam ser compreendidos dentro de uma contextualização histórica e epistemológica. Esses princípios e diretrizes são resultado de processos políticos e expressam ideais sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, entre outros (MATTA, 2007). Neste sentido, é necessário compreender o contexto de formação do SUS e da situacionalidade espaço-temporal da criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)⁶.

Os três documentos básicos que estruturam o SUS são:

1 - A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).

2 - A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 1990a).

3 - A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

Não se ignora as normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias que alteram o sistema, mas esses três documentos apresentados são a base fundante do Sistema Único de Saúde. No entanto, esses documentos não esclarecem ao leitor, seja usuário/paciente ou profissional de saúde a diferença entre princípios e diretrizes, se é que há alguma diferença. Para nos auxiliar, Matta (2007) vai discorrer sobre essas duas palavras e mostrar que dentro do SUS, essas palavras se conectam. O autor afirma que “a legislação do SUS apresenta diversos elementos que podem ser apresentados como estruturantes e também como organizativos, o que contribui para o *esvaziamento da diferença entre princípio e diretriz*, bem como para a pulverização dos atributos que devem constituir o SUS” (MATTA, 2007, p. 64, grifos nossos).

Aprofundando nos termos, Matta (2007, p. 64) descreve que “podemos pensar os princípios do SUS como aquilo que serve de base, alicerce, para o sistema de saúde brasileiro;

⁶ No anexo I desta dissertação consta a Política na sua íntegra para leitura e compreensão.

em contrapartida e ao mesmo tempo, tais princípios representam os valores, os preceitos, as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde”. Dessa forma, o princípio é estruturante e ao mesmo tempo representa os valores que escolhemos para orientar as ações e políticas de saúde em nosso país. No Brasil, por meio da Constituinte de 1988, foi definido que é um direito de todo cidadão (inclusive o estrangeiro presente no país) acesso a serviços de saúde sendo a mantenedora desses serviços o Estado. Esse princípio da universalidade é um dos pilares doutrinários fundantes do SUS.

As diretrizes, para Matta (2007), podem ser compreendidas especialmente na elaboração da operacionalidade do SUS. O autor afirma que

Os sentidos apontados nos permitem compreender diretrizes como aquilo que define rumos, dinâmicas, estratégias que organizam o SUS. São linhas gerais, determinam rotas; são estratégicas, pois apontam caminhos e meios para atingir objetivos. Nesse sentido, as diretrizes seriam meios, normas para atingir os objetivos do SUS que, em última instância, estariam articuladas com seus princípios (MATTÁ, 2007, p. 65).

Apresentados esses elementos estruturantes e organizacionais do SUS, podemos afirmar que, segundo a constituição de 1988, há três elementos que fundam a base c3gnita, ideal e filos3fica do Sistema 3nico de Sa3de em seu princ3pio de exist3ncia: a universalidade, a equidade e a integralidade. E dentro dessa l3gica, buscamos questionar n3o o SUS do papel, mas a operacionaliza3o do SUS nas rela33es sociais entre profissionais de sa3de e usu3rio/paciente. Matta (2007) afirma:

A universalidade do SUS apresenta-se n3o apenas como o direito 3 sa3de garantido mediante pol3ticas p3blicas, bem como aponta para a quest3o do direito 3 vida e 3 igualdade de acesso sem distin3o de ra3a, sexo, religi3o ou qualquer outra forma de discrimina3o do cidad3o brasileiro (MATTÁ, 2007, p. 68).

O princ3pio da universalidade coloca na mesa de debate dois grandes desafios: a universalidade do acesso 3s a33es e servi3os de sa3de e a universalidade das condi33es de vida que possibilitem boas condi33es de sa3de. Isso nos fazer refletir que a reformula3o do SUS em seus ideais n3o est3o restritos apenas a 3rea da sa3de, mas uma nova mentalidade social. E o princ3pio da equidade nos mostra a face mais desafiadora da nossa na3o: a desigualdade social. Ainda em Matta (2007), o autor nos adverte sobre as “iniquidades sociais e econ3micas”, que levam o paciente/usu3rio a desigualdade no acesso, ao mesmo tempo que a gest3o e a produ3o de servi3os de sa3de t3m s3o desiguais. E ele afirma que “o princ3pio da equidade, para alguns autores, n3o implica a no3o de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade 3 maior” (p. 69). E o autor segue argumentando:

O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades (MATTA, 2007, p.69).

Nossa centralização nesta dissertação se dá na concepção da equidade - princípio do SUS - e o atendimento no ambiente hospitalar da população LGBTQI+. Compreendemos que a produção de discursos sobre a sexualidade e gênero definem o que é dito “normal” e “patológico” na sociedade. É através das subjetividades que indivíduos e grupos são estigmatizados nas relações sociais por não corresponderem ao padrão normativo imposto na sociedade, em nosso caso, o padrão é heteronormativo. Desse modo, o atendimento hospitalar deve se basear no princípio da equidade para atender a demanda da população LGBTQI+.

Concordamos com Guimarães (2018) quando afirma que

as barreiras simbólicas ao acesso da população LGBT e os problemas na qualidade da atenção à saúde que lhes é dedicada têm sua base na influência sobre as subjetividades dessa normatização exercida pelo dispositivo da sexualidade, considerando-se a participação da religião, do direito e da medicina, em sua constituição (GUIMARÃES, 2018, p. 17).

Neste sentido, o atendimento à população LGBTQI+ tem sido negligenciada a partir da estigmatização social imposta a esse grupo, seja no atendimento básico de saúde (GUIMARÃES, 2018) ou no ambiente hospitalar – objeto desta dissertação. Importa-nos tratar do ambiente hospitalar por considerarmos um lugar, dentro da área da saúde, onde os pacientes não possuem (de certo modo) autonomia. É no ambiente hospitalar que o paciente fica vulnerável e dependente do atendimento e tratamento dos profissionais de saúde. E neste momento, todos os estigmas sociais são materializados em ações pelos médicos, enfermeiros, dentre outros profissionais.

Historicamente, as conquistas sociais são frutos de movimentos sociais que pressionaram governos e gestores a mudarem políticas consideradas excludentes. No caso da temática desta dissertação, os primeiros movimentos a traçarem uma história de luta pela construção de políticas públicas no âmbito da saúde foram os liderados pelos homossexuais. O destaque foi o primeiro Encontro de Homossexuais Militantes, ocorrido ao final de 1979, com a participação de diversos grupos do Brasil, cuja principal resolução seria a demanda pela inclusão do respeito pela “orientação sexual” na Constituição Federal e uma campanha para retirar a homossexualidade da lista de doenças mentais no CID (AARON; et al. 2001). Em seguida, as lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. A luta desses grupos foi pela despatologização do sexo e do gênero, confrontando o discurso heteronormativo tradicional. Guimarães ressalta que

A apropriação médico-moral da sexualidade, a exclusividade binária macho/fêmea, normal/patológico, os dispositivos da sexualidade, a heterossexualidade compulsória nos ajudam a compreender o retardo na aquisição de direito e cidadania para esta população. Um exemplo disto é que a Organização Mundial da Saúde (OMS) retirou a homossexualidade da Classificação Internacional de Doenças (CID) apenas na última década do século XX, em 17 de maio de 1990. Quatro anos antes (1984), a Associação Brasileira de Psiquiatria, seguida pelo Conselho Federal de Medicina em 1985, já haviam se posicionado contra a discriminação da homossexualidade, e deixou de considerá-la como desvio sexual (GUIMARÃES, 2018, p. 59).

Resumidamente, Guimarães apresenta que, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), integrante da Organização das Nações Unidas (ONU), assumiu responsabilidade pela Classificação Internacional de Doenças (CID). A homossexualidade entra no rol da CID neste mesmo ano em sua 6ª edição quando é incluído o capítulo de transtornos mentais, na Categoria **320** “Personalidade Patológica”, subcategoria 320.6, “Desvio Sexual”. Em 1965, na 8ª edição da CID sai da categoria "Personalidade Patológica", mas permanece na categoria “Desvio e Transtornos Sexuais”, código **302**, com a subcategoria específica 302.0 “Homossexualismo”. Em 1975, na 9ª revisão, a CID manteve o homossexualismo na mesma categoria e subcategoria; no entanto, devido às intensas discussões e opiniões divergentes entre escolas psiquiátricas, o código foi inserido com a seguinte orientação “codifique a homossexualidade aqui seja ou não a mesma considerada transtorno mental”. Apenas em 1990, a OMS excluiu o termo homossexualismo da CID-10, respondendo à intensa mobilização internacional e à absoluta falta de evidências científicas que comprovassem a homossexualidade como doença.

Isto reafirma a luta incansável dos movimentos e grupos sociais no Brasil e no mundo contra os estigmas sociais discursados e patologizados por um pensamento ocidental que tem como base fundante a religião cristã. A religião influenciou e influencia ainda hoje a sociedade em todas as esferas hierárquicas, negar essa realidade é negar a história da humanidade. Embora nosso intuito aqui não seja dissertar sobre os dispositivos apontados por Foucault, cabe salientar que a origem da medicalização da sexualidade se constituiu em uma condição progressiva da confissão no ritual cristão. O ritual da confissão cristã, levando em conta os atos e os pensamentos, constitui a base que irá permitir o desenvolvimento das tecnologias de poder próprias à medicalização.

Para Foucault, o processo de medicalização não é redutível à instituição médica nem à do asilo, e seu aparecimento se inscreve no desenvolvimento das "tecnologias de poder". Além disso, pode-se pensar que a abordagem foucaultiana da medicalização é indissociável de sua aplicação ao domínio da sexualidade. E Foucault vincula a prática cristã da confissão às

normas jurídicas, afirmando que os principais pecados contra o sexto mandamento se referiam a vínculos jurídicos entre as pessoas: o adultério, o incesto e o rapto; e também a forma do ato sexual: a sodomia (FOUCAULT, 2001).

O autor costura o dispositivo do discurso da sexualidade à infração (em primeira instância) às normas jurídicas que estabelecem a relação entre as pessoas, especialmente podemos citar as leis do casamento (onde o dispositivo de controle do corpo é a aliança) e os atos cometidos entre os sujeitos. O poder da igreja reverberou no Estado e, nessa perspectiva, as duas estruturas, a Igreja e o Estado, têm como objetivo, segundo Foucault, controlar os nossos corpos. O autor afirma que “é a instauração no interior dos mecanismos religiosos desse imenso relato total da existência que constitui, a meu ver, de certo modo, o pano de fundo de todas as técnicas tanto de exame como de medicalização” (FOUCAULT, 2001, p. 233).

E na luta contra a despatologização do sexo e gênero vamos observar muitos movimentos se apropriando do debate exposto por Foucault, Butler, Preciado e outros. No início do século XX, na Europa e na América do Norte, começa a ganhar força o ativismo político desse grupo social em tela. Nos Estados Unidos, foi a contracultura *hippie*, em 1960, que traz ao cerne do debate a politização e a liberdade sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

2.2 SOBRE A TRAJETÓRIA DOS MOVIMENTOS LGBTQTI+ ORGANIZADOS NO BRASIL

No Brasil, o primeiro grupo politizado, o Grupo de Afirmação Homossexual, o SOMOS, teve como principal combatente os jovens de esquerda da época. A lógica de que a liberdade individual deveria ser submissa ao direito coletivo se fazia presente no primeiro embate público organizado pelo movimento em plena ditadura militar. Green et. al. (2010) afirmam:

Pela primeira vez, lésbicas falaram abertamente sobre a discriminação que elas encontravam. Estudantes gays reclamavam que a esquerda brasileira era homofóbica. Defensores de Fidel Castro e da revolução cubana argumentavam que a luta por direitos específicos, contra o sexismo, o racismo e a homofobia, iria dividir a esquerda. Eles argumentavam que o povo devia se unir na luta geral contra a ditadura (GREEN; FERNANDES et. al, 2010, p. 51).

Embora esse momento de discórdia se mostrasse contrário à luta pelo movimento gay, em muitos momentos históricos o movimento LGBTQTI+ juntou-se aos movimentos de

esquerda em busca de reivindicações sociais. No entanto, após essa efervescência política, na década de '80 há uma significativa redução na quantidade de grupos e alguns acreditavam que era o fim do movimento. Isso se deve ao advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS⁷, que de certa maneira desmobilizou as lideranças em relação à liberdade sexual, voltando seus esforços contra a doença. Neste sentido, retomaremos o que foi a AIDS.

O início da AIDS ocorreu oficialmente nos EUA, onde cientistas do Centro de Controle de Doenças diagnosticaram os primeiros casos, divulgado em 05 de junho de 1981, relatando uma rara pneumonia em cinco homossexuais de Los Angeles. A partir de então, muita coisa seria diferente, inicialmente, a enfermidade obrigou, ou pelo menos deveria ter obrigado, a prática do sexo seguro. A palavra camisinha passou a frequentar todos os idiomas, e a AIDS foi preconceituosamente chamada de “peste gay”. Logo se percebeu que a heterossexualidade não era imune a ela. Até os dias atuais, a AIDS provocou 40,1 milhões de mortes e infecta mais de 84,2 milhões de pessoas em todo o mundo (UNAIDS, 2022).

No Brasil, o primeiro caso de morte confirmado pelo HIV data de 04 de junho de 1983, sendo a primeira vítima brasileira que teve a doença como causa da morte no atestado de óbito. A AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida⁶ - compreende os seguintes significados:

- Síndrome é um conjunto de sintomas e sinais que constitui uma doença;
- Imunodeficiência é uma debilidade no sistema de defesa (imunológico) do nosso corpo que combate doenças;
- Adquirida significa que a doença surge durante a vida, ou melhor, não por hereditariedade.

A AIDS (ou Sida) é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ao ser infectado pelo HIV, o corpo tentará atacar a infecção desenvolvendo anticorpos (moléculas especiais que combatem os microrganismos estranhos que entram em nosso corpo). Ao fazer um exame de sangue para saber a soropositividade, o teste detecta esses anticorpos (teste Anti-HIV). Se existirem anticorpos presentes no sangue significa que houve a infecção pelo HIV. Desta forma, a pessoa que possui anticorpos contra o HIV é denominada HIV positivo, soropositivo, portadora do HIV ou pessoa vivendo com HIV.

Ser HIV positivo ou estar infectado pelo vírus não significa que o mesmo tenha AIDS (estar enfermo). Muitas pessoas soropositivas vivem bem por anos sem apresentar sintomas

⁷ Em inglês *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*.

da doença. Existe um ataque progressivo e constante ao sistema imunológico pelo HIV. Quando o sistema imunológico fica enfraquecido (imunodepressão), os vírus, parasitas, protozoários, fungos e bactérias, que normalmente não causam nenhum problema, podem produzir doenças. Essas doenças são conhecidas como infecções oportunistas.

A infecção por HIV pode ocorrer via sangue, fluido vaginal, pré-sêmen (fluido seminal), sêmen, e leite materno. O HIV pode ser transmitido por uma pessoa infectada mesmo que ela não esteja doente ou, ainda, antes mesmo que ela tenha sido diagnosticada como HIV positivo. A maioria das pessoas contrai o HIV das seguintes formas:

- Mantendo relações sexuais desprotegidas, sem o uso do preservativo, com alguém infectado;
- Compartilhando a mesma agulha ou seringa, ao consumir drogas injetáveis com pessoa infectada, por não esterilizar o material utilizado no pico, ou ainda quando compartilha o canudo para cocaína;
- Por nascer de mãe infectada. O nascituro pode ser infectado antes, durante ou depois do parto, como, por exemplo, ao ser amamentado com o leite de uma mulher soropositiva.

No início da detecção do vírus, outra forma de infecção por AIDS era através de transfusão (recebimento) de sangue de um doador infectado, mas, atualmente o fornecimento de sangue é examinado cuidadosamente, o mesmo valendo para o caso de transplante de órgãos. Não existe nenhum caso documentado de transmissão do HIV pela lágrima ou saliva.

No início dos anos 90 a AIDS passou a estar entre as principais causas de morte no mundo. Entretanto, em 1996 surgiu um novo tratamento, combinando três drogas, denominado terapia antirretroviral altamente potente (HAART, sigla em inglês *de Highly Active Antiretroviral Therapy*) mais conhecido como coquetel. Esse tratamento reduziu em torno de 50% as taxas de mortalidade e em 80% as internações hospitalares por infecção oportunista. Além disso, novos tratamentos contra as infecções oportunistas contribuíram para a redução da mortalidade por HIV/AIDS.

Refletir sobre a condição da pessoa portadora do vírus HIV e sua dignidade é fundamental. Os direitos humanos abrangem os direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais, conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948).

A intolerância frente às diferenças é um reflexo negativo do equívoco de uma discussão polarizada entre conduta moral e conduta ética. Por exemplo, quando não se

respeita as diferenças étnicas, uma etnia baseada em seus valores morais julga-se superior a outra que não professa os mesmos valores. Nesse momento, se não houver uma consciência ética universal, o choque e a possibilidade de conflito entre etnias resultarão em violação dos direitos humanos.

Desmistificar a afirmação de que o discurso dos direitos humanos é abstrato começa quando entendemos direitos humanos como um conjunto de direitos que garantem a dignidade da pessoa humana. No contexto da epidemia do HIV/AIDS a dignidade humana pode ser ameaçada/violada quando um indivíduo recebe o resultado de sua sorologia positiva para o HIV. Em alguns casos, pode ocorrer a quebra do seu direito ao sigilo de diagnóstico (direito à vida privada e à intimidade), perpassando depois pela negligência no seu atendimento de saúde por falta de condições dos serviços (direito à saúde), pela sua exclusão dentro da sociedade (direito a uma vida em sociedade, lazer etc), muitas vezes pelo seu afastamento arbitrário da atividade laboral (direito ao trabalho).

Nesses momentos de violação de direitos humanos devemos nos socorrer de todas as instâncias éticas, jurídicas e legais para exigir do Estado o seu papel de prestador e protetor, pois os direitos humanos são de natureza prestativa (direitos à saúde, educação, assistência social etc) e protetiva (direito à propriedade, de associação, de liberdade etc.).

No entanto, na luta pelo direito à vida, os homossexuais foram novamente estigmatizados no período de explosão da AIDS, reacendendo a relação de homossexualidade e ‘doença’. Nos dias atuais, ainda há quem pense dessa maneira (LOPES, 2021), mesmo que, cientificamente, tenha sido comprovado que o vírus pode ser transmitido por qualquer pessoa, através do sangue, esperma e outros fluidos corporais (GUIMARÃES, 2018.). Nesse período o grupo SOMOS se dissolveu, além de outros grupos. Entretanto, a luta não se findou, ela se reestruturou em ações mais objetivas no sentido da garantia dos direitos civis e contra a violência e a discriminação dirigidas aos homossexuais. A ressignificação dessa subjetividade sobre os gays foi fundamental no processo de luta social travada pelo grupo. Para Guimarães, o processo de redemocratização na sociedade brasileira e a consequente redução das propostas mais antiautoritárias e revolucionárias da militância podem estar relacionadas a essa tendência de desvalorização dos aspectos marginais da homossexualidade e à necessidade de construção de uma nova imagem pública do movimento como todo. Importante lembrarmos de nosso histórico conservador, em que as lutas sociais nesse país só sobrevivem dentro de uma lógica “conservadora”. O que não significa renunciar à liberdade sexual e de gênero, mas sim de compreender quais os caminhos possíveis de percorrer.

Paradoxalmente, a epidemia de AIDS, ao estabelecer um estigma em relação à homossexualidade - a "praga homossexual" - fortalecendo o conceito de homossexualidade relacionada à doença, também promoveu um importante debate sobre sexo. Sexo relacionado a homossexuais, como sexo oral e sexo anal, uso de camisinha e de doenças sexualmente transmissíveis (DST⁸) passam a ser discutidas em âmbito social. Associações científicas, legisladores, organizações não governamentais (ONGS), instituições internacionais são alguns dos atores sociais fundamentais para o processo de desestigmatização entre homossexualidade e AIDS, fortalecendo a luta por uma sistema de saúde sem discriminação sexual. Estes debates promoveram encaminhamentos de políticas públicas de saúde com objetivo de promover ações de prevenção e cuidados que envolvessem a participação da comunidade homossexual e viabilizaram, também, a construção de políticas de identidade homossexual no Brasil.

Dentro dessa lógica da busca de identidades, o debate acerca das práticas homossexuais desloca a centralidade de “ativo” ou “passivo”, ou que parceiro se aproxima mais de um gênero “feminino” ou “masculino” na relação, para estabelecer um enfoque no sexo biológico e, dessa forma, ampliar as questões sobre a bissexualidade dando visibilidade à homossexualidade (FACCHINI, 2010). Este contexto também induz as políticas públicas a adotarem a nomenclatura de comportamentos de risco no lugar de grupos de risco, a fim de evitar estigmas de populações mais vulneráveis (GUIMARÃES, 2018).

E é nesse momento de efervescência social e política que o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS foi criado (1988), no contexto da redemocratização do Brasil e de intensa luta social. Isso nos auxilia na compreensão de que as políticas públicas de saúde precisam estar situadas espaço-temporalmente, assim como a criação do SUS.

Guimarães aponta

que a epidemia da AIDS apesar de causar uma desarticulação inicial no movimento influenciou no seu processo de reestruturação, sobretudo na estrutura organizacional e política dos grupos, resultado do contexto de redemocratização do país, e da parceria da sociedade civil organizada com o Estado. O movimento na década de 90 consegue assim se estabelecer de forma mais regularizada e articulada, desencadeando marcos importante neste sentido. A Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) foi criada em 1995, primeira instituição nacional e representativa do movimento no Brasil. Neste mesmo ano foi apresentado o projeto de lei 1.151 que instituía a união civil entre pessoas do

⁸ Atualmente, a terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

mesmo sexo. Vale notar que foram necessários mais 16 anos de luta até que ela viesse a ser aprovada em 2011 (GUIMARÃES, 2018, p. 65).

Nesse contexto, no ano de 1997, aconteceu em São Paulo a primeira Parada Gay do Orgulho de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transsexuais, GLBT. Essa parada tornou-se a maior do mundo. O grupo ganhou força, institucionalizou-se e ampliou suas conexões com o Estado, demandando direitos perante o Poder Judiciário e buscando a criação de políticas públicas. Diante da pressão dos movimentos e grupos sociais, há uma resposta do Estado, que foi também uma resposta em razão da mudança de mentalidade da sociedade⁹. Em 2003 há uma mudança histórica no Brasil: um sindicalista e metalúrgico é eleito 35º presidente do Brasil e, em 2004, é lançado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República - SEDH/PR; o programa *Brasil sem Homofobia*. Esse programa tinha como proposta

ações direcionadas a cinco componentes estruturais da vida social: direito à segurança; direito à educação; direito à saúde, direito ao trabalho e direito à cultura. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2008, a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde e viriam a gerar recomendações que seriam dois anos depois, em 2010, citadas no texto da **Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT** publicada pelo Ministério da Saúde. Configurando assim o sucesso das estratégias de luta do Movimento LGBT, e a consolidação da importância de suas proposições na construção de marcos políticos determinantes na construção de cidadania e dignidade para este contingente segmento populacional (GUIMARÃES, 2018, p. 65, grifos nossos).

Neste sentido, é possível afirmar que a constituição da Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT se alinha diretamente ao princípio da equidade, mostrando que a contextualização das políticas públicas está diretamente alinhada aos contextos sociais e políticos no tempo-espaço. Embora estejamos observando o avanço do fundamentalismo religioso cristão no Brasil, violando nossos princípios de laicidade, acreditamos ser possível avançar na operacionalização da lei, ainda que por meio das frestas cotidianas. Esses grupos fundamentalistas buscam influenciar o processo legislativo e conseguiram constituir uma bancada homofóbica, criando mais um desafio (ainda há muito para ser feito) para consolidação das conquistas dos movimentos sociais na defesa do reconhecimento legal do segmento LGBTQI+.

Mesmo que alguns autores, como Guimarães (2018), percebam uma ameaça recorrente devido ao nosso histórico social conservador, acreditamos que os direitos conquistados, como o reconhecimento legal da união homoafetiva, o uso do nome social para travestis e

⁹ Diante da atual situacionalidade social brasileira, podemos pensar que retrocedemos, mas com base em Marx e Engels e o materialismo histórico, a história não é um progresso linear e contínuo, uma sequência de causas e efeitos, mas um processo de transformações sociais determinadas pelas contradições. Dessa maneira, acreditamos que os ganhos sociais obtidos até os dias atuais não sofrerão retrocessos, pelo menos, em âmbito jurídico.

transexuais, a garantia do processo transexualizador pelo SUS e a decisão do STF da retificação do registro civil das pessoas trans sem necessidade de cirurgia não irão retroceder. A professora e filósofa Marilena Chauí (2012) aponta a natureza contraditória do povo brasileiro - eles querem acabar com esses direitos, mas não terão coragem de assumir isso -. O desafio, para Guimarães (2018), tem sido concretizar as demandas apresentadas pelo movimento social por meio de implementação de políticas transversais pelos diversos órgãos governamentais e também da operacionalização real das políticas já existentes. A autora explica que a

1ª Conferência Nacional GLBT de 2008, foi um marco histórico que resultou no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT da SEDH/PR. Em consonância com tal conjuntura, o Ministério da Saúde lança em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT. Além destes marcos, a Política é ancorada também na resolução da 13ª Conferência Nacional de Saúde onde "a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde". Sobre os determinantes sociais de saúde (DSS) as diversas definições que incidem sobre o tema, abordam os fatores causais do processo saúde-doença, para além da visão biologicista, considerando as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população. A OMS cria a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) em 2005, reconhecendo a crescente globalização e expansão do capitalismo como causadoras do aumento das desigualdades sociais no mundo, e assim atribui visibilidade aos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos, e sua importância no combate às iniquidades em saúde (GUIMARÃES, 2018, p.66, 67).

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) devem ser observados dentro do contexto histórico dos sujeitos e grupos. O intuito deste capítulo foi apresentar a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQI+ como resultado de uma incansável luta pela despatologização do sexo e gênero, e pela desestigmatização de LGBTQI+. Guimarães reafirma:

O próprio texto de apresentação da Política a reconhece como resultado de uma ampla mobilização histórica dos movimentos sociais que lutam pelos direitos da população LGBT. Desde a década de 80, em face da explosão da pandemia da AIDS, vem-se marcando posição em espaços formais de diálogo com o Estado, tais como as Conferências Nacionais de Saúde, no Conselho Nacional de Saúde, nos fóruns específicos e grupos de trabalho, contribuindo para a elaboração de ações e programas (GUIMARÃES, 2018, p.68).

Importante salientar que a construção da Política Nacional de Saúde Integral LGBTQI+ foi estabelecida para atuar na complexidade dos três níveis de atenção à saúde. A proposta da Política é estabelecer “ações e responsabilidades específicas nas três esferas de governo e contemplando toda a organização da atenção” (GUIMARÃES, 2018, p. 69). Como objetivos referenciados destacam-se as reivindicações tradicionais dos movimentos sociais, tais como: a promoção da saúde integral de LGBTQI+ eliminando a discriminação e o

preconceito institucional, bem como contribuindo para redução das desigualdades. Assim, Guimarães explica:

Dentre os objetivos específicos da Política, destacam-se: instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres; ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades; qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT; garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados; promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais; reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais; definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis; buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais; atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde; garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde; incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima desta população (GUIMARÃES, 2018, p. 69).

Guimarães traz em sua pesquisa um reforço da nossa hipótese aqui na dissertação. Quando uma política pública faz referência ao “preconceito institucional” explicita a “vulnerabilidade a que esta população está exposta nos serviços de saúde e o preconceito de profissionais sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT, ocasionando a desqualificação da atenção dispensada a essa população e ratificando que os processos discriminatórios alcancem, portanto, o próprio sistema de saúde” (GUIMARÃES, 2018, p. 70). Ora, o próprio Estado assume seu preconceito dentro do sistema de saúde, mostrando que é necessária uma política para começar a desmistificar os preconceitos existentes.

Mais diretamente, Guimarães aponta algumas pesquisas que mostram a percepção de gestores, usuários e ativistas de movimentos sociais sobre a implantação das ações contra homofobia. E como resultado (datado de 2012), os impactos concretos na vida da população alvo não são positivos como se esperava. Os resultados mostraram que as percepções foram de que as políticas eram usadas como ganho político, não ocorreu efetivação dessas políticas e não houve sensibilização da sociedade (criou-se a política e pronto, “um cala boca” para a população LGBTQI+). Isso demonstra a fragilidade dessas políticas e programas, pois servem apenas como diretrizes e não trazem força e efetivação de uma política pública (MELO; AVELAR; MAROJA, 2012).

Mais uma vez, reafirma-se aqui a importância do reconhecimento da trajetória histórica do movimento LGBT, hoje, LGBTQI+, na construção de políticas públicas e na conquista de direitos e cidadania. Assim, como é no cotidiano que as formas de fala e ação preconceituosas são perpetuadas na sociedade, portanto, esses estigmas são forjados por representações sociais que formamos por meio de interações sociais cotidianas.

2.3 A QUESTÃO DO DIREITO: O BRASIL LEGAL E O BRASIL REAL

Discutiu-se até aqui os princípios constitucionais que perpassam as políticas públicas do SUS e a atuação dos grupos sociais para a constituição de um debate acerca da legalidade dessa diversidade em uma sociedade marcada pelo preconceito e estigma. Mas e o direito? Para Moraes (2022), o Estado sempre almeja fins, ainda que difusos, definíveis e mutáveis. E isso tem relação direta com a ideologia do chefe de estado. Dessa forma, surge o constitucionalismo, “o constitucionalismo escrito surge com o Estado, também com a função de racionalização e humanização, trazendo consigo a necessidade da proclamação de declarações de direitos” (MORAES, 2022, p.2).

Ainda para Moraes (2022),

A necessidade de racionalização e humanização faz com que os textos escritos exijam que todo o âmbito estatal esteja presidido por normas jurídicas, que o poder estatal e a atividade por ele desenvolvida se ajustem ao que é determinado pelas previsões legais, ou seja, a submissão de todos ao Estado de Direito (MORAES, 2022, p.3).

Moraes estabelece em sua obra a importância do Estado Constitucional, salienta sua fundamental importância e o afirma como conquista da humanidade. Afirma que um verdadeiro Estado de qualidades no constitucionalismo moderno requer ser um *Estado democrático de direito*. Ora, esta dissertação se refere a essa concepção. Há leis, mas não são cumpridas ou até conhecidas. Há constitucionalidade, mas falta aplicabilidade das garantias legais. E no contexto em que se discute esse texto, a população LGBTI+ sofre cotidianamente pela sua dificuldade de acesso a serviços estabelecidos por lei. Não só o acesso, mas a qualidade do serviço e o respeito à sua diversidade pessoal.

Esse Estado Constitucional explicitado por Moraes (2022) terá como base duas grandes qualidades: o Estado Democrático e o Estado de Direito. O Estado Democrático poderá ser entendido como:

O Estado de Direito caracteriza-se por apresentar as seguintes premissas: (1) primazia da lei, (2) sistema hierárquico de normas que preserva a segurança jurídica e que se concretiza na diferente natureza das distintas normas e em seu

correspondente âmbito de validade; (3) observância obrigatória da legalidade pela administração pública; (4) separação de poderes como garantia da liberdade ou controle de possíveis abusos; (5) reconhecimento da personalidade jurídica do Estado, que mantém relações jurídicas com os cidadãos; (6) reconhecimento e garantia dos direitos fundamentais incorporados à ordem constitucional; (7) em alguns casos, a existência de controle de constitucionalidade das leis como garantia ante o despotismo do Legislativo (MORAES, 2022, p.4)

Dessa forma, a supremacia da legalidade vai garantir o Estado de Direito. O Estado Democrático de Direito pode ser compreendido, segundo Moraes:

O Estado Democrático de Direito, caracterizador do Estado Constitucional, significa que o Estado se rege por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e garantias fundamentais é proclamado, por exemplo, no caput do art. 1º da Constituição da República Federativa do Brasil, que adotou, igualmente, em seu parágrafo único, o denominado princípio democrático ao afirmar que “todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição”, para mais adiante, em seu art. 14, proclamar que “a soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e, nos termos da lei, mediante: I – plebiscito; II – referendo; III – iniciativa popular” (MORAES, 2022, p.5).

Sendo assim, o princípio democrático manifesta essencialmente a exigência da integral participação de todos e de cada uma das pessoas na vida política do país, a fim de garantir o respeito à soberania popular. Salientamos aqui a população LGBTI+ que, ao longo da história brasileira, como discutido neste texto, ficou à margem das decisões políticas desse país não por escolha. O Estado Constitucional, portanto, é mais do que o Estado de Direito, é também o Estado Democrático, introduzido no constitucionalismo como garantia de legitimação e limitação do poder (MORAES, 2022).

A evolução histórica dos direitos humanos fundamentais nas Constituições brasileiras seguiu a tendência internacional, mas isso não significa que o cumprimento efetivo da Constituição tenha acontecido. Referente aos Direitos Fundamentais, Moraes explica que

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu Título II os direitos e garantias fundamentais, subdividindo-os em cinco capítulos: direitos individuais e coletivos; direitos sociais; nacionalidade; direitos políticos e partidos políticos. Assim, a classificação adotada pelo legislador constituinte estabeleceu cinco espécies ao gênero direitos e garantias fundamentais: direitos e garantias individuais e coletivos; direitos sociais; direitos de nacionalidade; direitos políticos; e direitos relacionados à existência, organização e participação em partidos políticos. Modernamente, a doutrina apresenta-nos a classificação de direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações, baseando-se na ordem histórica cronológica em que passaram a ser constitucionalmente reconhecidos (MORAES, 2022, p. 37).

Moraes segue explicando o que são os direitos fundamentais de primeira, segunda e terceira gerações. Os direitos fundamentais de primeira geração são os direitos e garantias individuais e políticos clássicos (liberdades públicas). Os direitos fundamentais de segunda

geração são os direitos sociais, econômicos e culturais. Por fim, os direitos de terceira geração são os chamados direitos de solidariedade ou fraternidade, que englobam o direito a um meio ambiente equilibrado, uma saudável qualidade de vida, ao progresso, à paz, à autodeterminação dos povos e a outros direitos difusos, ou seja, os interesses de grupos menos determinados de pessoas, sendo que entre elas não há vínculo jurídico ou fático muito preciso (MORAES, 2022, p.37-38). Mas queremos aqui discutir um dos princípios assegurados na Constituição e o faremos pelo viés do direito: o Princípio da Igualdade.

Moraes afirma que “a Constituição Federal de 1988 adotou o princípio da igualdade de direitos, prevendo a igualdade de aptidão, uma igualdade de possibilidades virtuais, ou seja, todos os cidadãos têm o direito de tratamento idêntico pela lei, em consonância com os critérios albergados pelo ordenamento jurídico” (MORAES, 2022, p.47). Isto posto, são vedadas as diferenciações arbitrárias, as discriminações absurdas. O intuito da legalidade é o tratamento desigual dos casos desiguais, na medida em que se desigualem. Dessa forma, dada a situação diversa, a mesma deverá ser tratada em sua diversidade.

Neste sentido,

A igualdade se configura como uma eficácia transcendente, de modo que toda situação de desigualdade persistente à entrada em vigor da norma constitucional deve ser considerada não recepcionada, se não demonstrar compatibilidade com os valores que a Constituição, como norma suprema, proclama. O princípio da igualdade consagrado pela constituição opera em dois planos distintos. De uma parte, frente ao legislador ou ao próprio executivo, na edição, respectivamente, de leis, atos normativos e medidas provisórias, impedindo que possam criar tratamentos abusivamente diferenciados a pessoas que encontram-se em situações idênticas. Em outro plano, *na obrigatoriedade ao intérprete, basicamente, a autoridade pública, de aplicar a lei e atos normativos de maneira igualitária, sem estabelecimento de diferenciações em razão de sexo, religião, convicções filosóficas ou políticas, raça, classe social* (MORAES, 2022, p. 47).

No plano legislador, temos a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+ mas, na prática, muitos profissionais de saúde só sabem que a lei existe. Percebemos que não há uma vontade por parte dos hospitais em fazê-la funcionar. Não questionamos a importância da lei, mas continuamos a questionar sua aplicabilidade. E sua aplicabilidade se dá no campo do entendimento do que é direito e em uma educação para os direitos humanos. A educação é protagonista em uma sociedade fundada pelo viés conservador, mas que afirma preservar sua laicidade como elemento secular basilar da constitucionalidade (MORAES, 2022). Neste sentido, o Brasil legal está no plano legislador, e o Brasil real está no plano da educação social, e esta última precisa ser revista, atualizada e discutida para além do âmbito das Instituições de Ensino. Faz-se necessário discutir educação social nos hospitais, rerepresentando-os à lei e debatendo sua prática hospitalar. Ao

apresentarmos as entrevistas realizadas nesta pesquisa, ficará evidente a necessidade de uma educação em saúde voltada para os direitos humanos. Para Benevides (2000), a Educação em Direitos Humanos parte de três pontos essenciais:

A Educação em Direitos Humanos parte de três pontos essenciais: primeiro, é uma educação de natureza permanente, continuada e global. Segundo, é uma educação necessariamente voltada para a mudança, e terceiro, é uma inculcação de valores, para atingir corações e mentes e não apenas instrução, meramente transmissora de conhecimentos. Acrescente-se, ainda, e não menos importante, que ou esta educação é compartilhada por aqueles que estão envolvidos no processo educacional - os educadores e os educandos - ou ela não será educação e muito menos educação em direitos humanos. Tais pontos são premissas: a educação continuada, a educação para a mudança e a educação compreensiva, no sentido de ser compartilhada e de atingir tanto a razão quanto a emoção (BENEVIDES, 2000, s/p).

Nesta perspectiva, buscar compor uma educação em Direitos Humanos significa formar uma cultura de respeito à dignidade humana. Para isso, é necessária a promoção e a vivência dos valores da liberdade, da justiça, da igualdade, da solidariedade, da cooperação, da tolerância e da paz. Ora voltamos a Moraes (2022) e os princípios da constitucionalidade. É necessário educar os sujeitos para que todos tenham compreensão do que é o Estado Democrático de Direito. Benevides afirma que a formação desta cultura “significa criar, influenciar, compartilhar e consolidar mentalidades, costumes, atitudes, hábitos e comportamentos que decorrem, todos, daqueles valores essenciais citados – os quais devem se transformar em práticas” (BENEVIDES, 2000, s/p).

Benevides nos convida a refletir sobre quais locais são possíveis para desenvolver uma educação em Direitos Humanos, e amplia as possibilidades:

Onde podemos educar em direitos humanos? Temos várias opções, com diferentes veículos e estruturas educacionais. Podemos fazer uma escolha, dependendo dos recursos e das condições objetivas, sociais, locais e institucionais, de cada grupo, de cada entidade. Há que distinguir entre as possibilidades da educação formal e da educação informal. Na educação formal, a formação em direitos humanos será feita no sistema de ensino, desde a escola primária até a universidade. Na educação informal, será feita através dos movimentos sociais e populares, das diversas organizações não-governamentais - ONGs - , dos sindicatos, dos partidos, das associações, das igrejas, dos meios artísticos, e, muito especialmente, através dos meios de comunicação de massa, sobretudo a televisão (BENEVIDES, 2000, s/p).

Assim sendo, é possível criar estratégias de reeducação em saúde direcionada para uma educação em Direitos Humanos, e é necessário. Nossos profissionais de saúde não sabem atender a população LGBTQI+, e essa precarização no atendimento é fruto do estigma e do preconceito. Guimarães (2018) afirma que ao se propor a discutir teoricamente o problema das barreiras simbólicas de acesso da população LGBTQI+ aos serviços de saúde, ou a qualidade da atenção que lhes é dispensada, não podemos esquecer que as instituições de saúde encontram-se impregnadas pela racionalidade de uma ciência da sexualidade, fundada

para um lugar de dominação do diverso, que o faz falar, o estuda, classifica-o, busca moldá-lo a padrões universalizantes, de praxe, padrões heteronormativos. Foucault elucida que

[...] a instância de dominação não se encontra do lado do que fala (pois é ele o pressionado), mas do lado de quem escuta e cala; não do lado do que sabe e responde, mas do que interroga e supostamente ignora. E, finalmente, esse discurso de verdade adquire efeito, não em quem o recebe, mas sim naquele de quem é extorquido. (FOUCAULT, 1988, p.61)

Para Guimarães (2018), muito dos constrangimentos experienciados pela população LGBTQI+ parece estar ligado ao fato mesmo de saber-se assim, investigada, classificada, não por suas necessidades de saúde, mas, antes por seus desejos sensuais, suas práticas de prazer e formas de amar, e por se perceber sempre sob alguma forma de julgamento ou avaliação, no plano moral ou científico de forma atrelada à sua própria identidade como pessoa. Esta reflexão demonstra a natureza problemática do atendimento, seja de recomendações oriundas de fóruns sociais amplos, seja de diretrizes de ação presentes em políticas públicas. Dessa forma, Guimarães ressalta que

É fundamental ter em conta, que no cotidiano dos serviços as diretrizes como, por exemplo, “a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e o respeito ao direito à intimidade e à individualidade” ou “estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para lésbicas e travestis”, ou “a eliminação das homofobias e demais formas de discriminação e violência contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do SUS...” ou a “promoção da cidadania e inclusão de LGBT por meio da articulação com os diversos setores de desenvolvimento social como: educação, trabalho, segurança e outros”, não são possíveis de serem cumpridas na dimensão puramente técnica da estruturação do acolhimento, ou organização da oferta. Faz-se necessário compreender como as subjetividades dos profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado e assistência a população LGBT são influenciadas pelos confrontos de posicionamentos ideológico morais dos discursos sobre sexualidade (GUIMARÃES, 2018, p. 49).

Como já salientamos na justificativa desta pesquisa, há autores (CARDOSO; FERRO, 2012; PAULINO; RASERA; TEIXEIRA, 2019; SILVA; et al., 2020; MORAIS; et al., 2020; PARANHOS; WILLERDING; LAPOLLI, 2021; RAVADELLI; DE SOUZA, 2021) discutindo os distintos sofrimentos vividos por membros da população LGBTQI+, em diversos aspectos, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde e redução da qualidade de atendimento, vulnerabilidades específicas e violação de direitos humanos. Cabe-nos apresentar aqui mais uma amostra dessa situação de vulnerabilidade, todavia, será pelo discurso dos opressores.

2.4 O ESTIGMA E AS INTERAÇÕES SOCIAIS: UMA PROPOSIÇÃO AO DEBATE

Compreendido que o processo discriminatório e o estigma aos comportamentos sexuais que divergem do padrão heteronormativo (estabelecido como o “normal”) ferem os

princípios de integralidade, universalidade e equidade, somente em 2018, na 13ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a orientação sexual e a identidade de gênero foram incluídas na análise da determinação social (CONFERÊNCIA..., 2008). Em 2011 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) que foi fruto de árdua luta da sociedade civil organizada.

Todavia, a política nacional já existe há mais de 10 anos e foi construída para advir em todos os três níveis de complexidade da atenção à saúde, estabelecendo ações e responsabilidades específicas nas três esferas de governo e contemplando, portanto, toda a organização da atenção e execução de práticas de saúde no âmbito do SUS (GUIMARÃES, 2018).

Guimarães afirma que apesar de estudos explicitarem que, durante a elaboração da política pública, o diálogo com lideranças e movimentos sociais facilitou

a construção de um texto de qualidade, capaz de dar cobertura às principais demandas da população alvo, a implementação efetiva das ações se depara com resistências políticas locais, motivadas por posições morais muitas vezes de ordem religiosa, bem como nas subjetividades que envolvem funcionários e profissionais de saúde, refletidas em condutas muitas vezes discriminatórias e estigmatizantes. O impacto dessas condutas faz-se sobre a qualidade do acolhimento e da assistência, além de constituir-se como uma barreira simbólica ao acesso desse grupo populacional aos serviços e impedir, por provocar a omissão da informação da orientação sexual pelos pacientes, a geração de dados fidedignos sobre a morbidade nesse grupo populacional (GUIMARÃES, 2018, p. 13).

Diante do relatado pela autora e por nossa experiência de atuação profissional, decidimos ouvir os profissionais da área de saúde sobre o que pensam de sua atuação profissional como um todo e do seu atendimento às pessoas LGBTQI+. Neste sentido, trouxemos para o diálogo Erving Goffman. Goffman (2004) investiga o processo de formação dos estigmas, as interações sociais em torno dele e as formas possíveis de relações subjetivas em torno dos “encontros mistos”¹⁰. Essa teoria nos ajuda a refletir sobre a atuação do profissional de saúde no tratamento de usuários/pacientes do SUS estigmatizados como a população LGBTQI+.

Para Petry e Mayer (2011) a tentativa de neutralizar as diferenças (evidenciadas nos encontros mistos), seja nas mídias, em discursos científicos ou em iniciativas públicas tornou-se cada vez mais comum. Mas, em mesma proporção, há um movimento que exige dos indivíduos a tomada de postura, a definição do lugar que ocupam na sociedade. Pois a discriminação e o estigma são conceitos correlatos, onde o estigma fornece todos os

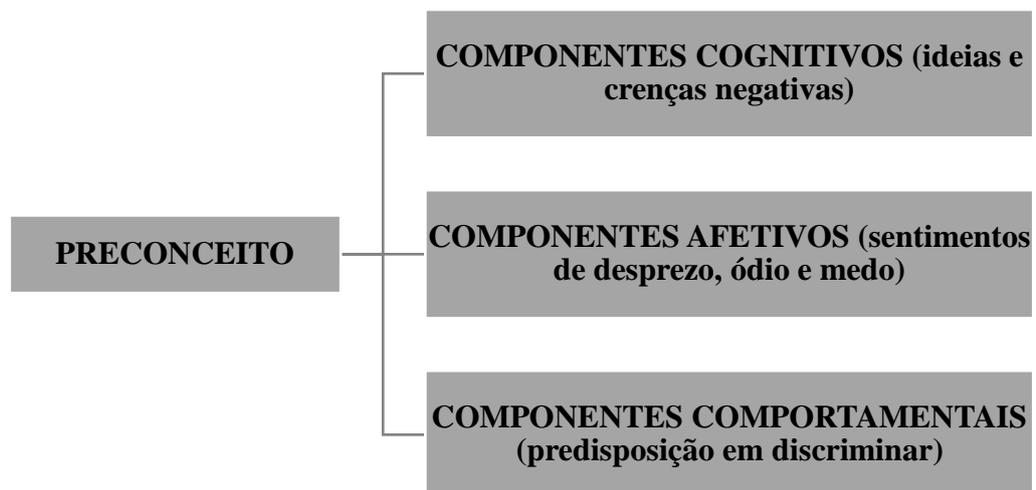
¹⁰ As relações intersubjetivas entre aqueles considerados “normais” e aqueles que portam um estigma.

elementos para que a discriminação e as políticas segregadoras dela decorridas ganhem concretude. Para Allport (1954) o preconceito pode ser definido como uma atitude hostil contra um indivíduo, simplesmente porque ele pertence a um grupo desvalorizado socialmente. Em nossa sociedade, há vários grupos que se encontram nessa condição desprivilegiada, dentre eles, Carvalho (2012) cita:

- O preconceito de identidade de gênero e orientação sexual, considerado um desvio de conduta e moral;
- O preconceito racial, que se dirige aos grupos definidos em função de características físicas ou fenotípicas supostamente herdadas (como os negros);
- O preconceito étnico, que se reporta às coletividades culturalmente diversas, que podem ou não apresentar características físicas ou fenotípicas distintas (como os ciganos);
- O preconceito social, que diz respeito ao sentimento de aversão a pessoas de classe distinta (como os pobres).

Para Williams Junior (1996), o preconceito pode se manifestar a partir de componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Observe a figura 1:

Figura 1: Componentes presentes no preconceito



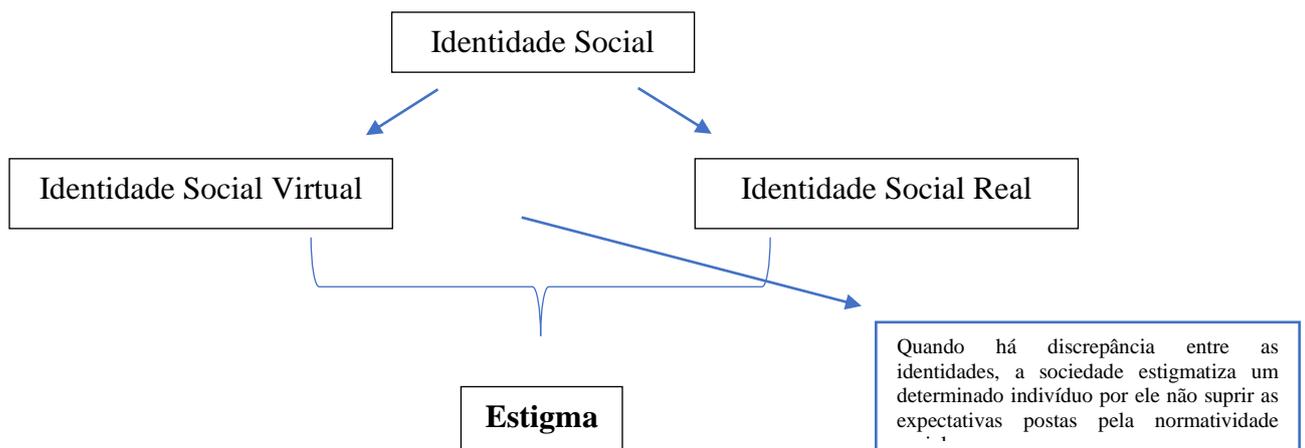
Fonte: Baseado em Williams Junior (1996) e Carvalho (2012).

Embora sejam conceitos relacionados e que se reforçam mutuamente, é importante destacar sua diferenciação. O preconceito se baseia em ideais e crenças, já a discriminação atua nas ações e práticas cotidianas (COHEN, 1980; WILLIAMS JUNIOR, 1996; CARVALHO, 2012). É na interação social que fica estabelecida a atuação dos sujeitos frente

à diversidade sexual e de gênero, ou seja, quando um sujeito dentro da normatividade se depara com outras identidades sociais.

Goffman nos apresenta a identidade social como fator decisivo para a interação social dos sujeitos. Para Goffman, a identidade social de um indivíduo se divide em dois momentos: identidade social virtual (ISV) e identidade social real (ISR). A identidade social para o autor se dá pelos atributos e características a partir do qual estabelecemos expectativas normativas. A ISV é o esperado, o estereótipo, já a ISR é o atributo, a essência do indivíduo. Entre as duas identidades Goffman vai arguir que há uma discrepância e chamará de estigma, que é a fraqueza, o descrédito, o defeito, a desvantagem, o atributo depreciativo. Para Goffman, o estigma deve ser compreendido no encontro entre o sujeito dito normal e o estigmatizado, pois nesse encontro é que o estigma cumpre sua função social, já que um atributo que estigmatiza um sujeito pode confirmar a normalidade do outro sujeito, conforme Figura 2.

Figura 2: Quadro conceitual elaborado a partir de Goffman (2004)



Fonte: o autor baseado em Goffman (2004)

Para Goffman (2004) “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode-se impor à atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus” (p.7). E o autor vai dividir o estigma em três eixos:

Em primeiro lugar, há as abominações do corpo - as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e

religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (GOFFMAN, 2004, p.7).

O autor escreveu em 1963 e algumas expressões hoje não são mais utilizadas, como “deformação”. Mas é importante destacar que seu trabalho continua sendo reeditado devido à sua relevância e atualidade. No entanto, seguindo a premissa estabelecida por Goffman, algumas pessoas que são estigmatizadas possuem “atributos compensatórios” que farão com que ela sofra menos pelo estigma que carrega. Ele exemplifica com uma pessoa cega que, em tese, compensaria a cegueira possuindo um olfato apurado. Porém, nem sempre uma pessoa cega desenvolve outras percepções. No caso de pessoas LGBTQI+, podemos trazer Goffman para este trabalho e refletir sobre como foi criado o estigma sexual, para então, compreendermos que, independentemente das potencialidades “compensatórias”, os indivíduos LGBTQI+ serão sempre excluídos. No âmbito da saúde, é importante destacarmos a participação da medicina e da psiquiatria neste dispositivo de poder excludente, por meio da constituição de uma "*ScientiaSexualis*", uma vez que a mesma influenciou toda a racionalidade médica, e pode, portanto, ter uma contribuição significativa sobre a formação de estigmas contra a população LGBTQI+ no campo da saúde (GUIMARÃES, 2018).

Goffman ainda apresenta duas condutas diferentes no sujeito que sofre estigma. Quando um sujeito se compreende no mundo e possui um atributo diferente que o estigmatiza, ou quando esse atributo é nitidamente perceptível (fala, vestimenta, gestos etc.), o autor vai categorizar como sujeito “desacreditado”. No caso de um sujeito que passa despercebido pelos outros por não possuir um atributo que evidencia sua condição estigmatizadora, o autor vai categorizar como sujeito “desacreditável”. Guimarães (2018) exemplifica essa categorização de Goffman dentro do campo da saúde:

Se pensarmos os relatos sobre sexismo e homofobia institucional no campo da saúde, descritos na literatura, compreenderemos que diferentes situações podem envolver as pessoas LGBT. Quando, ao procurar um serviço de saúde suas estéticas pessoais de gesto, fala e figurino, seu estilo propriamente dito, denunciam uma suposta dissidência da norma, as manifestações discriminatórias tendem a ocorrer logo no seu acolhimento. São posicionados como sujeitos “desacreditados”. Outras pessoas cujo estilo pessoal não evidenciam a orientação sexual, ou o pertencimento de gênero, as atitudes discriminatórias passam a integrar o repertório de cuidado a partir de sua enunciação, ou seja, o indivíduo, a partir de sua “revelação/descoberta”, desloca-se do lugar de desacreditável; para ser posicionado como desacreditado (GUIMARÃES, 2018, p. 35).

Podemos aprofundar o tema no ambiente hospitalar. Refletimos sobre a questão da vulnerabilidade do sujeito estigmatizado LGBTQI+ internado para algum tratamento hospitalar. Se o sujeito já sofre uma série de preconceitos no atendimento básico, no caso do tratamento hospitalar, muitas vezes ele nem percebe a negligência. Muller e Knauth (2008)

apresentam alguns relatos de atendimento a travestis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e em situação de internação:

Relato de Catherine Mayer: 1) Eu cheguei, e eles (os atendentes) acharam que eu era mulher. Eu gritava de dor, querida, e eles achavam que eu estava grávida! Daí, o médico mandou eu entrar, eu entrei e o médico disse: O que houve? Deita aí na cama! Aí ele mandou eu tirar a roupa. Daí eu disse: ai, doutor, me dói aqui, me dói aqui. Aí, eu toquei na barriga assim (ela aperta o abdômen) ... E ele: Tira a roupa! Tirei a blusa. Quando eu abaixei a calça, o médico disse: Põe a roupa! E mandou eu levantar da cama, na hora, e não fez mais nada! Tu acreditas numa coisa dessas? Aquilo ali eu tenho na cabeça até hoje. Por que ele fez aquilo ali? (p.5)

2) [...] Eles foram me operar no hospital B e, daí, eles mandaram eu baixar de noite. Eu cheguei no quarto e foi o maior tumulto quando eu entrei no quarto. Os homens disseram: mas o que é isso? Vão botar isso aqui no nosso quarto? Eu fiz um escândalo porque eu tava morrendo de dor... Eu saí de pés descalços; a mulher já tinha me botado deitada. Eu levantei; eu fiz um escândalo com os enfermeiros porque ... Eu disse: eu não vou ficar nessa palhaçada; eu estou passando mal e ninguém me respeita! Eu gritava! Ah, tu tens que te acalmar [diziam os profissionais]. Não sei o que, não sei o que... Digo: não tem calma! Chamei meu irmão; meus irmãos subiram. Aí, foi o maior reteté [termo êmico para expressar confusão]! (p.7) (MULLER; KNAUTH, 2008, p. 5 e 7).

Importante dialogarmos com Michel Foucault (1988) novamente, quando autor discute os dispositivos de poder para controle e dominação dos corpos dissonantes da lógica ocidental heteronormativa. A fala da travesti se apresenta nesse não lugar no ambiente de saúde, ou seja, no espaço em que ela tem seus direitos sociais negados em função dos hospitais estarem cooptados pela racionalidade científica da sexualidade. A medicina foi fundada nesse espaço de dominação dos corpos, tendendo a moldá-los a padrões universais.

Por esse caminho, compreendemos que a população LGBTQI+ sofre constrangimento em locais como os hospitais, não pela sua condição de saúde mas, sim, pela sua orientação sexual e identidade de gênero. Há, nesse caso, uma vontade de pressionar e humilhar esses indivíduos que destoam da ideia de normatividade heterossexual. As necessidades dos ditos “normais” é de desumanizar, Goffman vai tratar das formas de agir e pensar dos normais em relação aos estigmatizados. Neste sentido, Guimarães elucida:

Os “normais” podem buscar racionalizar a inferioridade do estigmatizado e produzir teorias que justificam os riscos que eles representam às ações de animosidade e à necessidade de excluí-los; fortalecer o estigma pela criação de termos pejorativos que designem estes sujeitos diferentes (em nosso tema: bichinha, veado, sapatão, traveco); ou tentar primeiro proceder como se aquele sujeito correspondesse também à normalidade, fazendo esforço para considerá-lo melhor do que realmente o julga, ou ainda pautar-se por um tipo de piedade, envolvida em ações e palavras benevolentes, buscando tornar mais leve o peso do estigma e melhorar a relação. Entretanto todas essas formas operam para produzir desumanização do sujeito estigmatizado e reafirmar a superioridade de quem estigmatiza. Goffman também afirmará que quando aquele que estigmatiza não se sente capaz de nenhuma daquelas condutas tenderá a agir como se o sujeito estigmatizado fosse invisível, inexistente, uma “não pessoa” (GUIMARÃES, 2018, P. 36-37).

Carrara (2012), Lionço (2008), Libson (2010), Cornejo (2011), França et. al (2009) dentre outros autores, relatam os sofrimentos vividos por membros da população LGBT, em diversos aspectos, como dificuldade de acesso aos serviços de saúde e redução da qualidade de atendimento, vulnerabilidades específicas e violação de direitos humanos. E a partir das falas dos indivíduos entrevistados (profissionais de saúde), esperamos compreender se houve mudança no que tange à construção estereotipada dos indivíduos LGBTQI+.

Guimarães (2018) nos mostra que “a relação de homofobia e saúde começou a ser discutida em estudos recentes, diferente da homofobia institucional, homofobia na educação e associada aos direitos humanos LGBT” (p.50). González e Licona (2006) realizaram um estudo na Antropologia com enfoque na análise dos discursos homofóbicos da área de saúde. O estudo apresentou a inexistência de um discurso específico de determinados sujeitos, estabelecendo a análise na estrutura extralinguística da linguagem cotidiana entre o emissor e receptor, onde as expressões homofóbicas reveladas nestes discursos dependem do contexto cultural, da linguagem e do pensamento do indivíduo.

O estudo conclui que os discursos homofóbicos fazem parte das falas encenadas no dia a dia em qualquer tema, assunto tratado, porém sem ser conscientemente compreendido na concepção destes discursos como discriminatórios. Isso mostra que o discurso homofóbico é reproduzido em toda a área da saúde, e em todos os serviços onde haja prática médica, sendo neste setor onde há maior impacto da discriminação e preconceito gerados pela homofobia (GUIMARÃES, 2018).

Os discursos preconceituosos e discriminatórios são essencialmente marcados pela heteronormatividade - para Foucault mecanismo biopolítico de corpos, que estabelece o padrão heterossexual de sociedades, principalmente as ocidentais -, e os indivíduos que dela escaparem merecerão a marginalização e a violência (BRASIL, 2013). Assim, todos os corpos dissonantes estão expostos ao preconceito, à discriminação e à violência, inclusive nos hospitais. Por isso, torna-se evidente a necessidade de discutirmos os rumos das políticas públicas destinadas à população LGBTQI+, o caráter da não efetivação das políticas existentes, os meios legais para efetivar as leis e políticas existentes, e propor ações que possam estabelecer normativas de mudanças ambientais, como a educação não formal em espaços de atenção à saúde, inclusive nos hospitais.

3 CONTEXTUALIZANDO O CAMPO

A pesquisa foi elaborada para ser realizada em unidades de atendimento hospitalar, ou seja, onde os pacientes se encontram internados e muitas vezes sem condições de reagir, com seus corpos aos cuidados dos profissionais de saúde. A cidade escolhida para a realização da pesquisa foi o Rio de Janeiro (RJ), em um Hospital Municipal. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ (Parecer nº 5.579.831) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMS/RJ (Parecer nº 5.640.125). Para uma melhor compreensão dos procedimentos de pesquisa que serão descritos no capítulo de material e métodos, bem como dos significados dos resultados obtidos, compreendemos que seja necessário contextualizar o campo de pesquisa, traçando uma breve caracterização das dificuldades da população LGBTQI+ no ambiente hospitalar.

3.1 O AMBIENTE HOSPITALAR E O DIREITO À SAÚDE PARA TODOS

Campos *et.al.* (2020) abordam a questão da assistência em saúde reiterando a importância do médico ser consciente de sua função social, livre de qualquer preconceito e imbuído do desejo de contribuir para a efetivação dos direitos dessas minorias. Assim, faz-se necessário apontar que as ações médicas no uso correto de pronomes de tratamento, respeitando o nome social, é fundamental para não gerar qualquer desconforto e constrangimento ao paciente. A comunidade LGBTQI+ carrega estigmas relacionados à violência simbólica, a exemplo da transfobia, sorofobia e homofobia, que podem aumentar a vulnerabilidade social e psicológica do indivíduo e prejudicar a assistência à saúde. No campo da atenção básica em saúde, Guimarães discutiu como o acesso é difícil pelo preconceito experienciado por essas pessoas. Com isso, viola-se o direito fundamental à saúde previsto na Constituição Federal de 1988, no art. 6º e 194, e o Código de Ética Médica (CEM), no capítulo IV, artigo 23, referente ao impedimento do médico desrespeitar e discriminar sob qualquer pretexto (BRASIL, 1988).

É sabido que as dificuldades no atendimento básico são muitas. Neste sentido, trazemos luz ao que acontece no interior do hospital em um ambiente estando caracterizado pelo indivíduo já ter entrado no hospital. O ambiente hospitalar se caracteriza por ser um local destinado a realizações de terapias diversas, nesse sentido o paciente/cliente/usuário busca a resolutividade da sua demanda no processo de saúde-doença. É composto por profissionais

especializados, materiais e equipamentos para a assistência em saúde com direcionamento para o problema a ser resolvido. É um ambiente que o sujeito pode chegar consciente ou inconsciente, neste último caso os sujeitos poderão ou não sofrer algum tipo de violência médica sem poder questionar. O sujeito que chega ao ambiente hospitalar acredita que nesse local irá receber acolhimento, tratamento correto e suas singularidades serão respeitadas. E é nesse ambiente, longe do seu espaço de vivência comum (sua casa, trabalho, etc), geralmente separado dos seus entes queridos, que o indivíduo poderá experimentar situações desagradáveis, falta de respeito, violação de seus direitos constitucionais, preconceito e discriminação.

A saúde é para todos, mas o atendimento nem sempre se direciona para tal. Dessa forma, buscamos aqui apresentar entrevistas realizadas com profissionais de saúde, a fim de compreender se esses têm conhecimento da política integral de saúde para a população LGBTQI+, sua percepção sobre seu atendimento a essa população e se estão minimamente “confortáveis” na função de atendimento (essa questão se faz necessária para evidenciar o grau de preconceito e estigma que a população LGBTQI+ sofre).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 CAMINHOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico escolhido para esta pesquisa foi o da interpretação dos discursos de natureza qualitativa sobre diversidade sexual e atenção à saúde da população LGBTQI+, envolvendo a fala dos profissionais de saúde entrevistados que atuam no ambiente hospitalar. O método foi escolhido por se adaptar aos objetivos da pesquisa e ao arcabouço teórico conceitual baseado em Goffman. Como esse próprio autor propõe, os fenômenos sociais se manifestam nas relações entre indivíduos, em encontros sociais que representam, em sua essência interacional, as estruturas sociais, culturais e políticas da sociedade a qual os interlocutores pertencem. Dessa forma, a metodologia nos possibilita adentrar no processo analítico, ideológico e perceptivo dos componentes do discurso enunciado nas entrevistas, bem como os aspectos compreensivos e críticos sobre uma dada realidade social, aqui, o hospital.

Para Minayo(2014) a natureza do método qualitativo reside na capacidade de assimilação do significado e da intencionalidade como condição inseparável e intrínseca “aos atos, as relações e as estruturas sociais” compreendendo tanto as relações quanto as estruturas sociais como processos dinâmicos históricos e contextuais produtores de “construções humanas significativas”, superando aspectos puramente positivistas, sem prescindir-los, na busca de associar o rigor científico com os complexos achados na realidade do campo subjetivo e objetivo. Valores, crenças, representações, contexto sócio-histórico precisam ser incorporadas às análises qualitativas, sem perder de vista a complexa compreensão sociológica de que o pesquisador é da mesma natureza do seu objeto. Minayo também chama atenção para outro aspecto inerente à pesquisa social, esteja ela ou não no campo da saúde, o fato de que ela é intrinsecamente e extrinsecamente ideológica. Desde a escolha do objeto até os resultados e análises, as questões de subjetividades permeiam toda a construção de um estudo, baseadas em interesses e visões de mundo historicamente construídas.

Para moderar a “contaminação” dessas subjetividades na compreensão crítica da realidade e para evitar vieses nas inferências dos resultados, a autora coloca a objetivação como condição imprescindível para uma boa análise qualitativa, utilizando para isto referencial teórico e metodológico eficaz e coerente. Segundo Minayo (2014, p.42), “isto é, cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que o munície na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo, que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos”.

Dentro da abordagem qualitativa como uma das diversas técnicas capazes de dar conta da compreensão crítica da realidade, encontra-se a **Interpretação Crítica Sociointeracionista (GOFFMAN, 2004; 2013)**, na qual iremos interpretar a partir do referencial teórico posto e nossa experiência no ambiente hospitalar as entrevistas aqui apresentadas. Essa proposta visa possibilitar a compreensão dos sentidos das falas narradas, procurando decifrar o conteúdo ideológico que sustenta os discursos.

Compreendemos que o número de cinco entrevistas nos fornece elementos necessários para a elaboração de um trabalho de caráter qualitativo capaz de responder nossas questões referentes ao lugar hospital que adentramos para realizar o campo. Goffman trouxe contribuições extremamente relevantes para o campo acadêmico no que tange à análise da forma como os sujeitos se comunicam. A partir das entrevistas coletadas é possível compreender como os profissionais de saúde se comportam ao falar dos usuários/pacientes LGBTQI+ evidenciando os estigmas produzidos sobre essa população. Faremos sempre um diálogo entre o discurso dos profissionais e o debate conceitual de Goffman sobre estigmas, assim, encontraremos as frestas para elucidar a reprodução do estigma na área da saúde. Apesar da tentativa de desempenho de um papel tolerante, muitos profissionais mostram a face de sua discriminação em pequenas frases ou palavras. Goffman afirma que

Quando um indivíduo desempenha um papel, implicitamente, solicita de seus observadores que levem a sério a impressão sustentada perante eles. Pede-lhes para acreditarem que o personagem que veem no momento possui os atributos que aparenta possuir, que o papel que representa terá as consequências implicitamente pretendidas por ele e que, de um modo geral, as coisas são o que parecem ser. Concordando com isso, há o ponto de vista popular de que o indivíduo faz sua representação e dá seu espetáculo 'para benefício de outros'. (GOFFMAN, 2013, p. 25).

Pensando o estigma e sua construção social, a metodologia sociointeracionista de Goffman parte das análises da vida cotidiana. O autor procura entender como o indivíduo e/ou grupos se apresentam em situação do dia a dia. Diante da proposição de uma dissertação e de não haver tempo disponível para fazer uma busca sistemática do dia a dia de um hospital e seu atendimento à população LGBTQI+, e por focar no atendimento de ambiente hospitalar, focamos nossos esforços em analisar os discursos a partir do momento da entrevista. Buscamos compreender como se expressa o entrevistado dirigindo e regulando as impressões sobre si quando as interações ocorrem. As interações aqui analisadas foram as que os entrevistados relataram nas entrevistas, como exemplos de como lidam com um atendimento de um usuário/paciente LGBTQI+. A interação social para Goffman é uma forma de coconstrução de significados e buscamos entender através das entrevistas os significados

construídos entre o profissional de saúde (heterossexual) - o normal - e o usuário/paciente LGBTQI+ - o estigmatizado.

Goffman (2013) parte do princípio de que um indivíduo desempenha um papel ao discursar, e que esse papel é para benefício do espectador - nesse caso, o entrevistador. E nesse papel social, há o ator social sincero e o cínico. O sincero é aquele compenetrado inteiramente em sua exposição discursiva, está convencido de que a impressão de realidade que encena é a verdadeira realidade. Já o ator social cínico é aquele que não está compenetrado em sua própria narrativa, ele não crê na sua própria atuação, há um descompromisso. Buscamos identificar nas entrevistas os atores sinceros e os cínicos, pois para Goffman, os conceitos de ator sincero e ator cínico são utilizados como operadores analíticos para se entender as estratégias de comunicação e as representações de papéis sociais. A metodologia de Goffman pode ser aplicada no estudo de caso aqui exposto, pois todos os atores sociais envolvidos - os entrevistados - atuam no mesmo hospital. Assim, configuramos o hospital como o cenário de atuação desses profissionais de saúde, buscando perceber de que modo os indivíduos são influenciados em suas ações pelas representações que assumem nas falas. Acreditamos como o autor, que o comportamento humano possui significados diferentes em contextos diferentes e é possível relacioná-los ao um contexto social mais amplo.

4.2 PARTICIPANTES/AMOSTRAGEM

Para participação no estudo foi utilizado como critério principal de seleção dos participantes ser indivíduo maior de 18 anos, atuar no ambiente hospitalar e aceitar participar da pesquisa. Foi realizada uma sondagem inicial de modo a identificar os possíveis participantes. O pesquisador já atua em ambiente hospitalar e, dessa forma, já possuía relacionamento com possíveis participantes da pesquisa.

Após a sondagem inicial e a definição dos participantes a partir de conversas de corredor, sondando quem gostaria de participar de uma pesquisa que busca melhorar a qualidade de atendimento à população LGBTQIA+ deu-se início à abordagem. Esta consistiu em identificação do pesquisador, modo como conseguiu o contato da pessoa contatada (no caso de indicação de terceiros), explicação sobre a pesquisa e o convite para ceder uma entrevista sobre a vivência/experiência no tema tratado.

Tomou-se o cuidado de salientar que a entrevista tem o objetivo de obter informações gerais sobre o tema, que se manterá o anonimato, que o contatado tem total autonomia para participar ou não da pesquisa e, caso viesse a aceitar, a mesma seria realizada em data e local mais convenientes ao participante.

Também foi entregue aos participantes os contatos telefônico e de e-mail do pesquisador caso surgissem dúvidas sobre a pesquisa ou houvesse necessidade de remarcar ou cancelar a entrevista. Todas as informações necessárias estão presentes no Termo de Compromisso Livre e Esclarecido -TCLE (em Anexo III), entregue antes da realização da entrevista. Salientamos que as identidades dos participantes foram preservadas.

Também foram considerados para a realização da pesquisa:

Avaliação de Riscos e Benefícios: por se tratar de uma pesquisa que envolve entrevistas, considerou-se que um possível risco é o desconforto que alguns participantes poderiam eventualmente sentir em relação a algumas questões.

A fim de evitá-los, adotou-se as seguintes medidas: para minimizar riscos eventuais, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas, em nenhuma pergunta houve necessidade da identificação do participante.

Possíveis benefícios desta pesquisa para seus participantes e/a sociedade, são: os benefícios esperados por desenvolver uma discussão acerca das condições do usuário/paciente LGBTQIA+ no acesso ao serviço hospitalar, no serviço de saúde e na preparação dos profissionais de saúde para atender essa população.

4.3 ENTREVISTAS E COLETA DE DADOS

Toda pesquisa que envolve entrevistas, depara-se com questões metodológicas sobre como fazê-las. Neste sentido, alguns autores, acerca da entrevista semiestruturada, pontuam a formulação de perguntas que seriam básicas para o tema a ser investigado (TRIVINOS, 1987; MANZINI,2003). Além disso, é importante para esses autores, definir o que é uma entrevista semiestruturada. Triviños (1987) e Manzini (1990/1991) vem buscando definir e caracterizar o que vem a ser uma entrevista semiestruturada. Para Triviños (1987)

a entrevista semiestruturada tem como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos dariam frutos a novas hipóteses surgidas a partir das respostas dos

informantes. O foco principal seria colocado pelo investigador-entrevistador. [...] A entrevista semiestruturada favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade além de manter a presença consciente e atuante do pesquisador no processo de coleta de informações (TRIVIÑOS, 1987, p. 146 e 152).

Para Manzini (1990/1991)

a entrevista semiestruturada está focalizada em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista. Esse tipo de entrevista pode fazer emergir informações de forma mais livre e as respostas não estão condicionadas a uma padronização de alternativas (MANZINI, 1990/1991, p. 154).

Os dois autores se referem à necessidade de perguntas básicas e principais para atingir o objetivo da pesquisa que está sendo realizada. Manzini (2003) salienta que é possível um planejamento da coleta de informações por meio da elaboração de um roteiro com perguntas que atinjam os objetivos pretendidos. O roteiro serviria, então, além de coletar as informações básicas, como um meio para o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante.

Para a elaboração deste trabalho, primeiramente transcrevemos - de forma idêntica à pronúncia do entrevistado, as cinco entrevistas realizadas no Hospital Municipal, e, no capítulo posterior discutiremos as mesmas.

Transcrição - Entrevista 1:

Pergunta: Função/cargo que ocupa.

Resposta: Técnica de enfermagem

P: Tempo de trabalho

R: 21 anos

P: Tempo de formação

R: 30 anos

P: Religião que professa

R: Não tenho nenhuma específica, creio em Deus, e eu acho que todas as religiões levam à alguma salvação.

P: Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar?

R: A minha atribuição é cuidar da assistência, não só física, como psicológica também, atendendo a necessidade do usuário.

P: Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Em caso positivo ou negativo, por quê?

R: Sim, sempre acreditei. Porque é o que eu gosto de fazer, é a profissão que eu escolhi e aqui eu atuo como técnica de enfermagem, mas também sou uma enfermeira formada.

P: Com a sua experiência, você acredita que exista grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?

R: Infelizmente sim, a gente sabe que isso existe.

P: Você pode dizer algum grupo que vem em mente e o por quê?

R: É o quê que acontece, né, a gente ainda tá, em relação a muitas, mitos, crença e até respeito ao próximo, a gente e às vezes quer selecionar a assistência. Uns exemplos que eu tenho, é que a gente tem que ter o cliente como um todo, a gente não pode ver religião, raça ou que ele fez ou deixou de fazer. A nossa função aqui é dar assistência. Mas a gente sabe que se vier aqui, aos nossos cuidados um paciente que matou ou estuprou alguma criança ou alguma coisa, o atendimento não vai ser o mesmo como de uma pessoa qualquer, né?! No momento só essas.

P: Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQI+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?

R: A gente, aqui nessa unidade, a gente dá assistência para esse tipo de população e a gente tem unidade aqui de doença infectocontagiosa, né, que é a DIP e é comum a gente ter esse tipo de pessoas, né? Essa população aqui, né! O índice é muito grande, o grupo de gays, né! E o que acontece? O atendimento, eu, eu como profissional atendo ele como outra pessoa qualquer, entendeu?! Respeitando e cuidando.

P: Mas como você identifica que essa pessoa faça parte dessa população?

R: Hoje é muito fácil identificar esse tipo de pessoas, porque hoje, com o liberalismo né?! e com o respeito que a gente tem que ter a eles, ele já vem com o nome fantasia, ele já se identificam, e aí no falar, no andar, você começa observar algo diferente, a gente né, dá pra perceber bem, quando eles não falam, visivelmente dá pra perceber que tem algo diferente.

P: Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes?

R: Ainda tem muito tabu em relação a isso, né? É uma coisa nova, eles cada vez mais se impondem, tendo um lugar na sociedade, e o que acontece? Eu vou contar minha experiência recente, eu estava numa clínica cirúrgica e dos paciente, um dos cliente, tava numa enfermaria feminina, e um dos cliente, quando eu fui ver, fui dar assistência, percebi que tinha algo diferente, porque assim, nunca vão ser 100% uma mulher, sempre vai ter alguma coisa, alguma característica do sexo deles de nascença, entendeu?! E o que acontece, eu fui dar um bom dia, fui falar com essa pessoa, essa pessoa me respondeu, e ali pela voz, eu vi também que não era, né?! E mesmo assim, ele estava com o nome social e nesta unidade, ele estava numa enfermaria feminina porque é direito, é lei. Mas tratei normalmente, como outro cliente qualquer. De imediato, por mais que você não queira discriminar ou tratar como um todo, mas tem uma certa diferença. Você percebe que o teu olhar para aquela pessoa é diferente, não o cuidado, o cuidado vai ser o mesmo, se você tiver que dar assistência você vai dar, mas tem uma diferença. Eu não tô sabendo me expressar aqui, mas você vê que tem algo diferente. O quê que aquela pessoa tá fazendo ali numa enfermaria feminina, já que a genitália dessa pessoa, desse paciente que eu tô me referindo era masculina.

Porque eu preparei esse paciente para o centro cirúrgico, então eu acabei vendo, um rosto feminino, com órgão masculino, com a fala tentando ser feminina, mas tem algo masculino. E assim, o impacto, você olha assim, é um impacto muito grande.

P: Mediante tudo isso, você se sentiu preparada para aquele atendimento?

R: Não, você se acostuma com o atendimento. Eu preciso dar o atendimento e eu vou atender aquela pessoa que está ali, mas assim, a gente não tá preparada para atender esse tipo de pessoas.

P: Foi um atendimento, na sua opinião, fácil ou difícil?

R: Se tornou fácil, porque a gente com a nossa experiência, a gente vê o paciente como um todo, mas no primeiro momento, difícil.

P: Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?

R: Já ouvi falar, mas não conheço. Na íntegra eu não sei, nunca li algo, e nunca... eu sei que ela existe, mas eu não me aprofundi no assunto.

P: Você gostaria de falar sobre alguma coisa a mais.

R: O que eu tenho pra te dizer, é que mesmo sendo hoje em dia, né?, essa população está ocupando cada vez mais o seu espaço, ela está tendo o respeito do povo, mas ainda tem muito tabus, tem muita rejeição, muito preconceito em relação a essas pessoas. Então, é algo que deve ser mais falado, mais divulgado, mais exposto à população porque já é uma coisa inevitável, não tem mais como evitar isso, né! E hoje é na família, é um amigo, é um vizinho, um parente, todo mundo tem essa população no seu grupo. Então eu acho que deveria ser mais falado para a gente abordar esse assunto de uma maneira mais fácil, mais aceitável.

P: Ainda sobre a política integral de saúde para a população LGBTQI+, o que você pensa sobre essa política?

R: Essa política só vai fazer, é uma maneira de fazer a pessoa se sentir mais segura, mais protegida e vivenciar o que realmente ela é, sendo que tem alguma coisa que a respalda.

 Transcrição - Entrevista 2:

P: Qual a sua função, cargo?

R: Eu sou enfermeira, trabalho na Prefeitura do Rio de Janeiro.

P: O tempo de trabalho e de formada:

R: Na prefeitura tenho 21 anos, mas na profissão tenho 32 anos de formada.

P: A religião que você professa?

R: Sou católica.

P: Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar?

R: É a liderança da equipe e planejamento da assistência do paciente, provisão de material pra algum plantão, assistência direta ao paciente, o cliente, dependendo o usuário do SUS, que tem várias nomenclaturas.

P: Você acredita está fazendo um bom trabalho? Em caso positivo ou negativo, por quê?

R: Eu acho que poderia ser melhor até por conta, como eu vou dizer, do sistema que a prefeitura impõe a gente. O governo de modo geral, o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.

P: Com a sua experiência você acredita que exista grupos populacionais que passem por dificuldade no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?

R: Eu acho que tem por conta da própria dificuldade de chegar aqui no hospital, pela demora do atendimento do SUS, digamos assim. Pelo sistema de regulação, eu acho que prejudica muito o tratamento do cliente, que demora pra chegar no ponto final que é o atendimento hospitalar. Foi essa pergunta? Eu acho que sim, foi mais ou menos isso?

P: É um pouco, algum grupo em especial, algum grupo populacional, um grupo que você acha que não tem o alcance ao atendimento?

R: Acho as pessoas mais pobres, com pouco conhecimento. Digamos assim, tem mais dificuldade de chegar até por conta do esclarecimento de algumas situações, o médico fala, não entende, a gente fala não entende.

P: Suas atividades de trabalho incluem atendimento aos pacientes LGBTQI+? Como você identificou que tal pacientes pertence a essa população?

R: Atende, a gente atende. Até porque o serviço é público, a gente observa às vezes. Porque no setor em que eu trabalho atualmente a clientela é feminina, a gente percebe pela postura da pessoa, a roupa que usa, às vezes a gente percebe que é diferente da maioria, é isso.

P: Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? Se sentiu preparada, foi algo fácil? Algo difícil?

R: Não. Difícil não foi. Eu trato normal, dá aquela distancia que a gente sempre dá do profissional paciente, tratando com respeito, porque cada paciente tem uma, como eu posso dizer, está me fugindo o termo, uma especificidade. Não, uma característica diferente, digamos assim. E a gente vai tentando chegar próximo ao paciente de acordo com a característica de cada um, né?! Uma dificuldade de modo geral não, até por conta dos anos de experiência que eu tenho, já me facilita essa aproximação com o cliente.

P: Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?

R: Não, Integralmente não.

P: Você acha que deveria existir uma política específica de saúde para essa população?

R: Eu acho que deveria ter esclarecimento para quem já trabalha. Assim, porque ia ser mais uma se fosse específica. Acho que seria uma maneira a mais de distanciar, de destacar esse tipo de clientela, tinha que procurar integrar ele ao restante do grupo. Já que eles querem que todo mundo seja tratado da mesma maneira, da mesma forma, da cota de escolas de faculdade e uma maneira que tem de você separar quem tem o mesmo direito que os outros, acho que deveria ser tratado todo mundo da mesma maneira. Tentar integrar, treinar os profissionais que já estão atuando na área pra poder receber de uma maneira justa a essa população diferenciada.

P: Tem alguma pergunta que você gostaria de fazer, algum comentário a mais, alguma contribuição?

R: É o que eu acabei de falar agora. Acho que a gente, que já está na área a mais tempo, a gente tinha que ser treinado pra esse tipo de coisa. Esse tipo de detalhe, porque tem muitas coisas que a gente não está acostumado a lidar. Então eu acho que a gente devia ter um treinamento pela própria instituição, pela própria prefeitura, digamos, porque eu sou da prefeitura. Treinar a gente pra isso, pra poder atender a população de uma maneira igual, não destacar a população, separar eles de quem tem um tratamento diferente das outras pessoas não. Tem que ser todo mundo tratado igual, porque tem o mesmo direito, todo mundo paga imposto, todo mundo tem que ser tratado da mesma maneira.

Transcrição, Entrevista 3:

P: Função/cargo?

R: Técnica de enfermagem.

P: Qual o seu tempo de trabalho?

R: 7 anos

P: O seu tempo de formada?

R: A minha formação na enfermagem é de 17 anos aproximadamente.

P: Você é técnica e enfermeira?

R: Sim, sou técnica e enfermeira. Como enfermeira eu tenho, vou completar dez anos.

P: Qual a religião que você professa?

R: Sou católica. No momento, não praticante, mas eu acredito em Deus, Jesus Cristo.

P: Qual a importância da sua função no contexto do atendimento hospitalar?

R: Bem, a função maior na enfermagem é o cuidado. A gente tem essa função, e assim, eu acho que todo profissional deveria ter. Da enfermagem, a gente tem isso em mente, o cuidado, a atenção com o paciente. O nosso principal objetivo, na nossa profissão, é o cuidar mesmo é o cuidar de uma forma geral.

P: Você acredita está fazendo um bom trabalho?

R: Sim, acredito que sim.

P: Por quê?

R: Porque o paciente pra mim, eu vejo ele como um todo, eu tenho empatia por ele. Eu me imagino como se eu estivesse na posição dele. Então, eu tento fazer a melhor forma possível, sendo atenciosa, observando os sinais, ouvindo ele. Eu acho que uma das coisas mais importantes que a gente precisa é ouvir o paciente. E fazer tudo o que a gente faz com amor pra cuidar do outro. Pra cuidar do ser humano, a gente tem que ter amor no que a gente faz. Eu não vou dizer nem amor ao ser humano, mas se você tem amor ao que você faz, você cuida e cuida bem.

P: Com a sua experiência, você acredita que tem grupos populacionais que passem por dificuldade no tratamento hospitalar?

R: Sim, acredito que sim.

P: Por quê?

R: Pela falta... o principal problema da realidade da nossa vida, dentro da instituição de saúde, de uma forma geral, é a falta de conhecimento. Muitas das vezes é a falta de conhecimento mesmo, a reciclagem, o conhecimento, da evolução. A gente está evoluindo, as pessoas hoje em dia têm formas de pensar, formas de agir. E assim, a falta de conhecimento faz, às vezes, a gente errar, pecar em alguns procedimentos, em alguns comportamentos. E as vezes não é nem bom para os pacientes. Para determinados pacientes afeta a parte psicológica, ainda mais se ele estiver debilitado, dependendo da gente, às vezes atrapalha até na evolução, na melhora da parte da saúde mesmo desse paciente.

P: Suas atividades de trabalho incluem atendimento a paciente da população LGBTQI+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população, a esse grupo?

R: Sim, já atendemos sim. E a gente identifica muitas das vezes pelo nome social e dependendo da situação do paciente, se ele tiver um tempo com você, se ele se sentir à vontade com você, as vezes ele passa pra gente a sua situação, a vida dele. A gente atende sim, já atendi vários pacientes.

P: Como você se sentiu nesses atendimentos a esse ou a esses pacientes?

R: Então muitas das vezes eu me peguei, assim, sem saber como me comportar, como, por incrível que pareça a gente está lidando o tempo inteiro com pessoas, com as doenças, com as molestas, mas a gente acaba, o preconceito é uma coisa que (às vezes) está dentro da gente, e mesmo que você não queira passar, você acaba tratando ou não sabendo a forma certa de lidar por falta de conhecimento, esclarecimento mesmo, entendeu?

P: Não se sentiu preparada, não foi fácil?

R: Não, não. Não me senti preparada, eu acho que a questão do preconceito, mesmo a gente que é profissional de saúde, que lida com várias pessoas, vários comportamentos, a gente não está preparado. Eu não me senti preparada no atendimento em alguns casos que chegaram até mim, não.

P: Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?

R: Olha, eu vou ser muito sincera. Eu sei que ela existe, mas ainda não li na íntegra, não me empenhei em tá ciente de tudo das leis, eu sei que ela existe, mas eu não tenho ciência de tudo não.

P: E o que você pensa acerca dessa lei, né, que você conhece, sabe que ela existe, mas você pensa o quê?

R: Eu penso que ela é importante. Nós estamos vivendo em outra Era, a gente está vivendo um momento social de que as pessoas, elas tem... elas são o que elas são, como elas querem ser, o que elas desejam ser, e elas precisam ser abraçadas da forma que elas são. É eu gostaria de ter mais esclarecimento, eu gostaria de ter mais sinalizações, porque, infelizmente, a gente precisa está o tempo inteiro sendo sinalizado pra não cometer erros, nem falhas e tá prejulgando as pessoas sem conhecer

P: Tem algum ponto, alguma coisa a mais que você gostaria de comentar?

R: Bem, eu gostaria que tivesse, eu sei que a lei existe, mas eu gostaria que fosse uma coisa mais explícita. Principalmente pra gente que trabalha no meio da saúde, que nós, na realidade, a gente não é só cuidar, a gente tem como função também passar conhecimento, esclarecimentos. Muitos dos pacientes que a gente, que está na enfermagem com a gente, a gente tem a função de educador. A gente não é só de cuidador, não, é de educador também. E se a gente sabe, a gente passa, e a gente vai disseminando o conhecimento sobre uma coisa que tá aí tão viva na nossa sociedade, que precisa ser respeitada. Mas a gente precisa ter esse conhecimento, ter mais esse acesso, mais acesso ao conhecimento pra poder ajudar na disseminação e aceitação desse grupo que está aí.

Transcrição - Entrevista 4

P: Qual a sua função?

R: Eu sou auxiliar de enfermagem.

P: Quanto tempo de trabalho tem aqui no Hospital?

R: 35 anos, vou fazer 36 o ano que vem.

P: Quanto tempo de formada?

R: Nem sei.

P: Você tem 36 anos aqui, mas quando você se formou, já veio trabalhar logo?

R: Não, eu já trabalhava em outros hospitais, quando eu vim pra cá, eu já trabalhava em outros.

P: Deve ter o que? Nunca parou pra pensar não? Quanto tempo de formada, uns quarenta anos?

R: Ah, uns quarenta e poucos eu acho, ou quarenta não sei direito.

P: Tá. Você tem alguma religião, alguma crença que você professa? Tem alguma coisa nesse sentido?

R: Sou católica e creio em muitas coisas. E outras religiões também, eu creio nelas.

P: Quer citar elas?

R: Não, é como eu vou dizer.

P: Pode ficar à vontade, pode falar no que você crê.

R: Eu creio no Espiritismo, nos evangélicos.

P: Nos santinhos? Nessas coisas assim?

R: Creio, nisso eu acredito, eu acredito em tudo. Eu acredito no bem, no mal, na feitiçaria, no olho grande, na inveja, tudo isso eu acredito.

P: Qual a importância da sua função no atendimento hospitalar?

R: A minha função é de cuidar do doente, da melhor forma.

P: É importante, né?

R: É muito. Salvar vidas, se estiver em risco.

P: Você acredita que está fazendo um bom trabalho?

R: Acredito que sim.

P: Por quê?

R: Pelo menos eu estou ajudando alguém e sendo ajudada também, sendo ser humana, se posicionando na vez dos outros, no lugar dos outros em muitas vezes. Isso é muito importante, fazer em impor e no amanhã pode ser você, e se fosse um parente seu, se fosse um amigo é muito importante isso trabalhar assim.

P: Com a sua experiência você acredita que exista grupos populacionais que passem por dificuldade no tratamento Hospitalar? Com a sua experiência você já percebeu que algum grupo que tenha dificuldade pra ser atendido? Algum grupo de pessoas? Ou todos são atendidos muito bem, direitinho? Ou tem aqueles que já tem uma “marca”, e meio que o pessoal vai fazer uma “cara”?

R: Tem, porque tem muita gente racista ainda. Tem muita gente que olha pra você, e acha que você é cozinheira, é a faxineira, não te trata como ser humano, desfaz sim, são poucos, mas tem.

P: Esse racismo é mediante a que? O que essa pessoa olha pra ser o racista? O que ela percebe no outro?

R: A cor principalmente, acha que a pessoa não sabe nada, que a pessoa é idiota, é burra, quando for ver, quando muitas das vezes vai ver, é aquela pessoa que vai dar a melhor atenção e vai conseguir fazer o que o outro não fez.

P: Tá. A senhora lembra de algum outro grupo ou fica só nessa questão racial mesmo?

R: Não lembro de outro grupo.

P: As suas atividades de trabalho incluem atendimento à população de LGBTQI+? As suas atividades de trabalho incluem atendimento à população de lésbicas, gays, homossexuais, travestis, transgêneros, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, já ouviu esses nomes essas terminologias?

R: Alguns nomes nunca ouvir falar não, eu já cuidei de pessoas na DIP¹¹ a gente cuida das pessoas, cuida do ser humano, não importa o que seja. Você tem que tratar bem as pessoas e com carinho, porque muitas vezes as pessoas tem problemas e não é nem aquilo e imaginam muitas coisas.

P: Como você se sentiu atendendo a esses pacientes? Desse grupo que você me acabou de relatar? Que você foi lá e atendeu, como você ficou, como qual foi a sua reação? Você teve alguma reação?

R: Normal, porque é um ser humano, você tem que tratar eles normais. Não ter escrúpulos nenhum, como eu não tenho.

P: Foi uma tarefa fácil ou difícil?

R: Foi fácil, porque as pessoas, como eu já falei, você tem que cuidar da pessoa pensando no amanhã: se fosse uma pessoa da sua família, se fosse um amigo ia tratar mal? Não. Por que então vai tratar a outra pessoa mal? Eu penso assim.

¹¹ DIP é a sigla para o setor de Doenças Infecto-parasitárias nos Hospitais, onde são tratadas doenças como HIV/AIDS, tuberculose, dentre outras.

P: Você conhece apolítica nacional de saúde integral para LGBTQIA+?

R: Não conheço não.

P: Por quê?

R: Porque eu não conheço, se eu estou falando que não conheço é porque eu não conheço.

P: Tá certa. Então pra finalizar, de acordo com essa temática voltada para os gays, lésbicas, travesti, transexuais, assexuais, intersexuais, até vários nomes que a senhora já relatou que não conhece, a senhora queria falar alguma coisa sobre isso?

R: Eu tenho amigos, me dou muito bem com eles. Já tive amigos dessas coisas que você está falando, desse grupo, me dou muito bem com eles. São pessoas legais, são pessoas, são ser humanos muitos bons, entendeu?! É só tratar eles direito, não tratar com grosseria, nem fazer indiferença, nem achar que é uma aberração, nada disso, trata normal que você se dá bem. Boa noite e obrigado.

P: Eu que agradeço as suas respostas, foram de grande valia para minha pesquisa. Muito obrigado.

Transcrição - Entrevista 5

P: Função/cargo?

R: Enfermeira.

P: Tempo de trabalho?

R: 36 anos.

P: Religião que professa?

R: Católica.

P: Qual a importância da sua função no atendimento hospitalar?

R: É cuidar dos pacientes com dignidade, da melhor forma possível, enfim.

P: Você acredita estar fazendo um bom trabalho?

R: Sim.

P: Por quê?

R: Porque a finalidade da minha profissão é fazer um bom trabalho, com qualidade, assistência, com qualidade, no modo geral.

P: Assim não, nós sabemos que tem essa importância né? Eu quero saber se no seu pessoal você acredita estar fazendo? Uma coisa é o que está escrito e outra coisa é a prática. Você está fazendo um bom trabalho?

R: Sempre fiz, vou continuar fazendo até o final, se Deus quiser.

P: Com a sua experiência, você acredita que exista grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento Hospitalar?

R: Sim, todos os dias a gente vê esse tipo de situação.

P: Você pode, deseja citar algum grupo, que você perceba que passe por alguma dificuldade?

R: É principalmente as pessoas a nível ambulatorial que a gente vê a dificuldade de assistência, a dificuldade de alcançar um tratamento adequado, digno infelizmente a gente vê acabando vários serviços que são extremamente essenciais para os pacientes, enfim, isso é diário.

P: Suas atividades de trabalho incluem atendimentos a pacientes da população LGBTQIA+? Se sim, como você identificou que tal paciente pertence a essa população?

R: É, em especial trabalhando com os pacientes na DIP, sem nenhum problema, sempre tive um bom relacionamento e a identificação sempre com muito respeito e nunca tive nenhum problema.

P: Mas como você identifica que aquele paciente faz parte desse grupo LGBTQI+?

R: Normalmente, 98% deles falam pra gente, se estiver num setor específico, eles falam sempre.

P: Qual foi a sua sensação atendendo a esse tipo de paciente?

R: Normal, tentando ouvir sempre as questões sociais, quando eles têm, quando eles se sentem livres pra falar... ouvir e tratar da melhor forma possível, conversando, apoiando, aconselhando, enfim.

P: Você se sentiu preparada? Achou fácil? Difícil?

R: Ah, eu me identifiquei muito, achei muito legal. Profissionalmente, dá pra atuar diretamente, e até no fator psicológico a gente tem grande influência, quando se adequa a esse tipo de paciente.

P: Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?

R: Não.

P: Você acha que deveria existir uma política pública da saúde para essa população?

R: Sim, como deveria. Então de certo modo seria de grande importância para os pacientes e para os profissionais que lidam também. Para que exista uma troca, uma reciprocidade né, de tratamento e de qualidade mesmo de atendimento. Tanto na parte assistencial, quanto na parte psicológica, que é fundamental para esses pacientes. Que é o psicológico que levanta mais esses pacientes, o apoio que a gente dá, e é isso.

P: Você gostaria de comentar alguma coisa?

R: Enfim, eu já lidei muito com esses pacientes, e foi uma experiência muito legal. Que, infelizmente, na instituição que eu trabalho acabou. A gente não pode mais dar continuidade a essa troca, era muito bom, não sei nem te explicar. A interação era muito grande, no dia de Natal a gente colocava chapeuzinho, a gente festejava, a gente apoiava, e conversávamos muito, pela a permanência longa de internação existia uma certa intimidade entre a gente, uma abertura maior e o tratamento sempre foi muito positivo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Minayo (2014) considera que a linguagem não traz a experiência pura, pois vem organizada pelo sujeito por meio da reflexão e da interpretação num movimento em que o narrado e o vivido por si estão entranhados na e pela cultura, precedendo à narrativa e ao narrador. Assim sendo, o exercício de compreensão e interpretação dos relatos dentro dos contextos em que se apresentam requer ética e clareza do pesquisador ao contextualizar os fatos. Os dados serão apresentados de modo a ficar claro para o leitor as informações.

Para apresentar os sujeitos participantes da pesquisa, consideramos a tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos entrevistados.

	Função Cargo	Tempo de Trabalho	Tempo de Formação	Religião
Pessoa 1	Técnica de Enfermagem	21	30	Não tem
Pessoa 2	Enfermeira	21	32	Católica
Pessoa 3	Técnica de Enfermagem	7	17	Católica
Pessoa 4	Auxiliar de Enfermagem	35	aprox. 40	Católica
Pessoa 5	Enfermeira	36	Não Respondeu	Católica

Fonte: o autor, 2022.

Na tabela 1 é possível considerar que os entrevistados que se dispuseram a participar desta pesquisa são todas pessoas do sexo feminino, majoritariamente, com mais de 20 anos de atuação. Das cinco entrevistadas, quatro professam o cristianismo católico como sua religião. Das cinco participantes, apenas uma não respondeu seu tempo de formação, mas pelo tempo de trabalho, deduz-se que a maioria possui mais de 30 anos de formação na área de atuação.

Referente às questões sobre a importância da função dos participantes no atendimento hospitalar, e, se eles acreditam estar realizando um bom trabalho (e o porquê), configuramos a tabela 2 para contribuir no processo de interpretação.

Tabela 2: Papel da função e atuação profissional

	Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar	Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Por quê?
Pessoa 1	A minha atribuição é cuidar da assistência, não só física, como psicológica também, atendendo a necessidade do usuário.	Sim, sempre acreditei. Porque é o que eu gosto de fazer, é a profissão que eu escolhi e aqui eu atuo como técnica de enfermagem, mas também sou uma enfermeira formada.
Pessoa 2	É a liderança da equipe e planejamento da assistência do paciente, provisão de material	Eu acho que poderia ser melhor até por conta, como eu vou dizer, do sistema que a prefeitura

	pra algum plantão, assistência direta ao paciente, o cliente, dependendo o usuário do SUS, que tem várias nomenclaturas.	impõe a gente. O governo de modo geral, o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes.
Pessoa 3	Bem, a função maior na enfermagem é o cuidado . A gente tem essa função, e assim, eu acho que todo profissional deveria ter. Da enfermagem, a gente tem isso em mente, o cuidado , a atenção com o paciente. O nosso principal objetivo, na nossa profissão, é o cuidar mesmo é o cuidar de uma forma geral.	Sim, acredito que sim. Porque o paciente pra mim, eu vejo ele como um todo, eu tenho empatia por ele. Eu me imagino como se eu estivesse na posição dele. Então, eu tento fazer a melhor forma possível, sendo atenciosa, observando os sinais, ouvindo ele. Eu acho que uma das coisas mais importantes que a gente precisa é ouvir o paciente. E fazer tudo o que a gente faz com amor pra cuidar do outro. Pra cuidar do ser humano, a gente tem que ter amor no que a gente faz. Eu não vou dizer nem amor ao ser humano, mas se você tem amor ao que você faz, você cuida e cuida bem.
Pessoa 4	A minha função é de cuidar do doente, da melhor forma. Salvar vidas, se estiver em risco.	Acredito que sim. Pelo menos eu estou ajudando alguém e sendo ajudada também, sendo ser humana, se posicionando na vez dos outros, no lugar dos outros em muitas vezes. Isso é muito importante, fazer em impor e no amanhã pode ser você, e se fosse um parente seu, se fosse um amigo é muito importante isso trabalhar assim.
Pessoa 5	É cuidar dos pacientes com dignidade, da melhor forma possível, enfim.	Sim. Porque a finalidade da minha profissão é fazer um bom trabalho, com qualidade, assistência, com qualidade, no modo geral. Reinquirição do pesquisador: Mas você acredita estar fazendo um bom trabalho? Resposta: Sempre fiz, vou continuar fazendo até o final, se Deus quiser

Fonte: O autor, 2022.

Todas as participantes, exceto a pessoa 2, independentemente da sua função, usaram o termo “cuidar” ao responder sobre a importância da sua função no ambiente hospitalar. Isso demonstra que as profissionais de saúde estão cientes da sua importância dentro do contexto médico, das suas atribuições no ambiente hospitalar. Quando questionamos se acreditam estar fazendo um bom trabalho, todas afirmaram que sim. Apenas a pessoa 2 vai ressaltar as frustrações do ambiente de trabalho: “o SUS, tem falta de material, material de péssima qualidade, às vezes pouco profissional pra demanda de trabalho do grupo e a solicitação da clientela que é muita e a gente não tem como retribuir, às vezes, a essa demanda. Isso me deixa frustrada, deixa a gente muito frustrada às vezes”. Nos parece que essa pessoa, é, como afirma Goffman, é uma atriz sincera. Ela não naturalizou os problemas e nem romantizou sua

atuação no ambiente hospitalar. Ela salientou que as questões referentes ao ambiente de trabalho a impede a fazer um trabalho melhor. Como em qualquer outro tipo de trabalho. A sinceridade desta participante, nos leva a refletir sobre a performance de trabalho e as condições materiais para a efetivação do trabalho. Mesmo o profissional mais bem formado dependerá das condições ao seu redor para efetivar todo o seu conhecimento.

No que tange à questão do excepcional, do diverso, questionamos as cinco participantes, se na experiência delas, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê? Na tabela 3 estão listadas suas respostas.

Tabela 3: A primeira impressão

	Na sua experiência, existem grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
Pessoa 1	Infelizmente sim, a gente sabe que isso existe. É o quê que acontece, né, a gente ainda tá, em relação a muitas, mitos, crença e até respeito ao próximo, a gente e às vezes quer selecionar a assistência. Uns exemplos que eu tenho, é que a gente tem que ter o cliente como um todo, a gente não pode ver religião, raça ou que ele fez ou deixou de fazer. A nossa função aqui é dar assistência. Mas a gente sabe que se vier aqui, aos nossos cuidados um paciente que matou ou estuprou alguma criança ou alguma coisa, o atendimento não vai ser o mesmo como de uma pessoa qualquer, né?! No momento só essas.
Pessoa 2	Eu acho que tem por conta da própria dificuldade de chegar aqui no hospital, pela demora do atendimento do SUS, digamos assim. Pelo sistema de regulação, eu acho que prejudica muito o tratamento do cliente, que demora pra chegar no ponto final que é o atendimento hospitalar. Foi essa pergunta? Eu acho que sim, foi mais ou menos isso? Acho as pessoas mais pobres, com pouco conhecimento . Digamos assim, tem mais dificuldade de chegar até por conta do esclarecimento de algumas situações, o médico fala, não entende, a gente fala não entende.
Pessoa 3	Sim, acredito que sim. Pela falta... o principal problema da realidade da nossa vida, dentro da instituição de saúde, de uma forma geral, é a falta de conhecimento . Muitas das vezes é a falta de conhecimento mesmo, a reciclagem, o conhecimento, da evolução. A gente está evoluindo, as pessoas hoje em dia têm formas de pensar, formas de agir. E assim, a falta de conhecimento faz, às vezes, a gente errar, pecar em alguns procedimentos, em alguns comportamentos. E as vezes não é nem bom para os pacientes. Para determinados pacientes afeta a parte psicológica, ainda mais se ele estiver debilitado, dependendo da gente, às vezes atrapalha até na evolução, na melhora da parte da saúde mesmo desse paciente.
Pessoa 4	Tem, porque tem muita gente racista ainda. Tem muita gente que olha pra você, e acha que você é cozinheira, é a faxineira, não te trata como ser humano, desfaz sim, são poucos, mas tem.
Pessoa 5	Sim, todos os dias a gente vê esse tipo de situação. É principalmente as pessoas a nível ambulatorial que a gente vê a dificuldade assistencial, a dificuldade de alcançar um tratamento adequado, digno infelizmente a gente vê acabando vários serviços que são extremamente essenciais para os pacientes, enfim, isso é diário.

Fonte: O Autor, 2022.

Referente aos grupos populacionais que possam sofrer alguma dificuldade no ambiente hospitalar, as participantes afirmaram que há. Mas o grupo em si, lembrado, foram os mais pobres e negros. O preconceito de classe e raça foram os lembrados. Isso demonstra que o recorte de classe e raça está mais presente no cotidiano desses sujeitos. Fazendo com que elas se identifiquem mais com a sua realidade cotidiana.

Contudo, ao direcionarmos a sua atenção à população LGBTQI+, as respostas mudaram.

Tabela 4: Identificação da população LGBTQI+ e preparo do profissional de saúde.

	Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQI+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?	Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento “fácil” ou “difícil”)
Pessoa 1	<p>A gente, aqui nessa unidade, a gente dá assistência para esse tipo de população e a gente tem unidade aqui de doença infectocontagiosa, né, que é a DIP e é comum a gente ter esse tipo de pessoas, né? Essa população aqui, né! O índice é muito grande, o grupo de gays, né! E o que acontece? O atendimento, eu, eu como profissional atendo ele como outra pessoa qualquer, entendeu?! Respeitando e cuidando.</p> <p>Reinquirição. Mas como você identifica que essa pessoa faça parte dessa população? R: Hoje é muito fácil identificar esse tipo de pessoas, porque hoje, com o liberalismo né?! e com o respeito que a gente tem que ter a eles, ele já vem com o nome fantasia, ele já se identificam, e aí no falar, no andar, você começa observar algo diferente, a gente né, dá pra perceber bem, quando eles não falam, visivelmente dá pra perceber que tem algo diferente.</p>	<p>Ainda tem muito tabu em relação a isso, né? É uma coisa nova, eles cada vez mais se impondo, tendo um lugar na sociedade, e o que acontece? Eu vou contar minha experiência recente, eu estava numa clínica cirúrgica e dos paciente, um dos cliente, tava numa enfermaria feminina, e um dos cliente, quando eu fui ver, fui dar assistência, percebi que tinha algo diferente, porque assim, nunca vão ser 100% uma mulher, sempre vai ter alguma coisa, alguma característica do sexo deles de nascença, entendeu?! E o que acontece, eu fui dar um bom dia, fui falar com essa pessoa, essa pessoa me respondeu, e ali pela voz, eu vi também que não era, né?! E mesmo assim, ele estava com o nome social e nesta unidade, ele estava numa enfermaria feminina porque é direito, é lei. Mas tratei normalmente, como outro cliente qualquer. De imediato, por mais que você não queira discriminar ou tratar como um todo, mas tem uma certa diferença. Você percebe que o teu olhar para aquela pessoa é diferente, não o cuidado, o cuidado vai ser o mesmo, se você tiver que dar assistência você vai dar, mas tem uma diferença. Eu não tô sabendo me expressar aqui, mas você vê que tem algo diferente. O quê que aquela pessoa tá fazendo ali numa enfermaria feminina, já que a genitália dessa pessoa, desse paciente que eu tô me referindo era masculina. Porque eu preparei esse paciente para o centro cirúrgico, então eu acabei vendo, um rosto feminino, com órgão masculino, com a fala tentando ser feminina, mas tem algo masculino. E assim, o impacto, você olha assim, é um impacto muito grande.</p> <p>Reinquirição: Mediante tudo isso, você se sentiu preparada para aquele atendimento? R: Não, você se acostuma com o atendimento. Eu preciso dar o atendimento e eu vou atender aquela pessoa que está ali, mas assim, a gente não tá preparada para atender esse tipo de pessoas.</p>

		<p>Foi um atendimento, na sua opinião, fácil ou difícil?</p> <p>R: Se tornou fácil, porque a gente com a nossa experiência, a gente vê o paciente como um todo, mas no primeiro momento, difícil.</p>
Pessoa 2	<p>Atende, a gente atende. Até porque o serviço é público, a gente observa às vezes. Porque no setor em que eu trabalho atualmente a clientela é feminina, a gente percebe pela postura da pessoa, a roupa que usa, às vezes a gente percebe que é diferente da maioria, é isso.</p>	<p>Não. Difícil não foi. Eu trato normal, dá aquela distancia que a gente sempre dá do profissional paciente, tratando com respeito, porque cada paciente tem uma, como eu posso dizer, está me fugindo o termo, uma especificidade. Não, uma característica diferente, digamos assim. E a gente vai tentando chegar próximo ao paciente de acordo com a característica de cada um, né?! Uma dificuldade de modo geral não, até por conta dos anos de experiência que eu tenho, já me facilita essa aproximação com o cliente.</p>
Pessoa 3	<p>Sim, já atendemos sim. E a gente identifica muitas das vezes pelo nome social e dependendo da situação do paciente, se ele tiver um tempo com você, se ele se sentir à vontade com você, as vezes ele passa pra gente a sua situação, a vida dele. A gente atende sim, já atendi vários pacientes.</p>	<p>Então muitas das vezes eu me peguei, assim, sem saber como me comportar, como, por incrível que pareça a gente está lidando o tempo inteiro com pessoas, com as doenças, com as molestas, mas a gente acaba, o preconceito é uma coisa que (às vezes) está dentro da gente, e mesmo que você não queira passar, você acaba tratando ou não sabendo a forma certa de lidar por falta de conhecimento, esclarecimento mesmo, entendeu?</p> <p>Reinquirição: P: Não se sentiu preparada, não foi fácil? R: Não, não. Não me senti preparada, eu acho que a questão do preconceito, mesmo a gente que é profissional de saúde, que lida com várias pessoas, vários comportamentos, a gente não está preparada. Eu não me senti preparada no atendimento em alguns casos que chegaram até mim, não.</p>
Pessoa 4	<p>Alguns nomes nunca ouvir falar não, eu já cuidei de pessoas na DIP, a gente cuida das pessoas, cuida do ser humano, não importa o que seja. Você tem que tratar bem as pessoas e com carinho, porque muitas vezes as pessoas tem problemas e não é nem aquilo e imaginam muitas coisas.</p>	<p>Normal, porque é um ser humano, você tem que tratar eles normais. Não ter escrúpulos nenhum, como eu não tenho.</p> <p>Foi fácil, porque as pessoas, como eu já falei, você tem que cuidar da pessoa pensando no amanhã: se fosse uma pessoa da sua família, se fosse um amigo ia tratar mal? Não. Por que então vai tratar a outra pessoa mal? Eu penso assim.</p>
Pessoa 5	<p>É, em especial trabalhando com os pacientes na DIP, sem nenhum problema, sempre tive um bom relacionamento e a identificação sempre com muito respeito e nunca tive nenhum problema.</p> <p>Normalmente, 98% deles falam pra gente, se estiver num setor específico, eles falam sempre.</p>	<p>Normal, tentando ouvir sempre as questões sociais, quando eles têm, quando eles se sentem livres pra falar... ouvir e tratar da melhor forma possível, conversando, apoiando, aconselhando, enfim.</p> <p>Eu me identifiquei muito, achei muito legal. Profissionalmente, dá pra atuar diretamente, e até no fator psicológico a gente tem grande influência, quando se adequa a esse tipo de paciente.</p>

Fonte: o autor, 2022.

De acordo com a tabela 4, a pessoa 1, explicitamente mostra seu descontentamento com o caso, que ela cita, de uma mulher trans estar em uma enfermaria feminina sob os cuidados dela. Na fala da pessoa 1, ela traz os estigmas sociais que foram impostos a população LGBTQI+, e também a ideia de uma imposição aos profissionais de saúde para

eles tenham respeito à essa população. Repare: “com o respeito que a gente tem que ter a eles, ele já vem com o nome fantasia, eles já se identificam”. O próprio uso da palavra “nome fantasia”, mostra o grau de percepção dessa enfermeira em relação àquela mulher trans. Assim como a ideia de que “o respeito que a gente tem que ter a eles”, ou seja, o respeito é imposto a ela pela sua condição de profissional de saúde, em outro ambiente, talvez ela não tivesse que ter esse respeito. A própria entrevistada assume, quando questionamos sobre o tratamento dado ao grupo, que “de imediato, por mais que você não queira discriminar ou tratar como um todo, mas tem uma certa diferença. Você percebe que o teu olhar para aquela pessoa é diferente”. Ou seja, para ela, essa população não é normal.

A pessoa 2 apresentou um grau de compreensão referente aos estigmas, ainda carrega a ideia do “apresenta algo diferente”, mas, em sua sinceridade ou “**cinismo**” (característica do cínico), ela se posiciona de modo mais imparcial acerca do atendimento direcionado a população LGBTQI+. Já a pessoa 3 afirma que identifica a população LGBTQI+ pelo nome social e, se houver interação no ambiente hospitalar, alguns acabam por compartilhar suas experiências de vida. No âmbito da preparação para o atendimento dessa população, a pessoa 3 não se sentiu preparada, e assume que parte dessa situação se dá ao preconceito enraizado. No entanto, mesmo que isso não mude a qualidade do trabalho, muda a forma de tratamento com o paciente, podendo gerar desconforto nos sujeitos que pertencem à população LGBTQI+.

A pessoa 4, quando entendeu sobre quais pessoas se tratava a sigla LGBTQI+, logo as associou ao ambiente da DIP. Neste sentido, mesmo conscientes que essa população é mais vulnerável a doenças infectocontagiosas por diferentes motivos, em 35 anos de experiência, apenas encontrar pessoas LGBTQI+ nesse ambiente específico valida mais uma vez a tese de Guimarães (2018), que nos aponta que a comunidade LGBTQI+ não consegue acessar ao SUS pelo estigma que sofrem em todos os níveis hierárquicos da estrutura da saúde pública. A questão de termos uma lei que represente essa população é meramente ilustrativa quando não há uma efetivação da mesma. Não há sistema regulador e nem fiscalizador, e isso é fundamental para garantir os direitos da população LGBTQI+. Outra questão elucidada (ou não) pela pessoa 4 é o fato dela acreditar que ser uma pessoa sem escrúpulos facilita o atendimento a pessoas da comunidade LGBTQI+, não entendemos se realmente essa pessoa sabe o real sentido da palavra, que neste contexto seria “cuidadoso”. Ou seja, precisa ser uma pessoa não cuidadosa para atuar na área de saúde? Ou apenas para tratar pessoas LGBTQI+?

A pessoa 5, em sua fala, traz a experiência com a população LGBTQI+ no ambiente da DIP também. Neste sentido, podemos afirmar que há, um direcionamento nas falas, que faz

esse ambiente da esfera de saúde ser mais acessada por essa população. Mas no que se refere ao atendimento direto com esse público usuário/cliente, a profissional traz para a sua vida como um desafio positivo.

De modo geral, nenhuma das profissionais participantes estavam/estão preparadas para o atendimento à população LGBTQI+, mesmo que as que afirmam estar, os comparam a “coisas” que precisam ser “resolvidas”. Não se discute o tratamento humanizado em nenhuma das falas, o que demonstra que o atendimento hospitalar não é capacitado para atender pessoas LGBTQI+. E caso elas precisem, poderão sofrer preconceitos associados aos estigmas impostos socialmente e a discriminação pessoal de cada profissional de saúde, que ou trata com cuidado, ou trata sem escrúpulos.

Mas e a lei? E a política pública? Ela existe, há mais de dez anos e estamos longe da sua efetivação. Vamos analisar o que elas pensam sobre essa política.

Tabela 5: A Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+

	Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?	Se sim, o que você pensa sobre essa política? Se não, você acha que deveria existir uma política específica de saúde para essa população? Se sim ou não, por quê?
Pessoa 1	Já ouvi falar, mas não conheço. Na íntegra eu não sei, nunca li algo, e nunca... eu sei que ela existe, mas eu não me aprofundei no assunto.	Essa política só vai fazer, é uma maneira de fazer a pessoa se sentir mais segura, mais protegida e vivenciar o que realmente ela é, sendo que tem alguma coisa que a respalda.
Pessoa 2	Não. Integralmente, não.	Eu acho que deveria ter esclarecimento para quem já trabalha. Assim, porque ia ser mais uma, se fosse específica. Acho que seria uma maneira a mais de distanciar, de destacar esse tipo de clientela, tinha que procurar integrar ele ao restante do grupo. Já que eles querem que todo mundo seja tratado da mesma maneira, da mesma forma, da cota de escolas de faculdade e uma maneira que tem de você separar quem tem o mesmo direito que os outros, acho que deveria ser tratado todo mundo da mesma maneira. Tentar integrar, treinar os profissionais que já estão atuando na área pra poder receber de uma maneira justa a essa população diferenciada.
Pessoa 3	Olha, eu vou ser muito sincera. Eu sei que ela existe, mas ainda não li na íntegra, não me empenhei em tá ciente de tudo das leis, eu sei que ela existe, mas eu não tenho ciência de tudo não.	Eu penso que ela é importante. Nós estamos vivendo em outra Era, a gente está vivendo um momento social de que as pessoas, elas tem... elas são o que elas são, como elas querem ser, o que elas desejam ser, e elas precisam ser abraçadas da forma que elas são. É eu gostaria de ter mais esclarecimento, eu gostaria de ter mais sinalizações, porque, infelizmente, a gente precisa está o tempo inteiro sendo sinalizado pra não cometer erros, nem falhas e tá prejudgando as pessoas sem conhecer.

Pessoa 4	Não conheço, não.	Sem resposta
Pessoa 5	Não.	Sim, como deveria. Então de certo modo seria de grande importância para os pacientes e para os profissionais que lidam também. Para que exista uma troca, uma reciprocidade né, de tratamento e de qualidade mesmo de atendimento. Tanto na parte assistencial, quanto na parte psicológica, que é fundamental para esses pacientes. Que é o psicológico que levanta mais esses pacientes, o apoio que a gente dá, e é isso.

Fonte: O autor, 2022.

Referente às questões expostas na tabela 5, é importante destacarmos que a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+ existe desde 2011. E duas das cinco entrevistadas afirmam desconhecer a política, uma afirma conhecer, mas não integralmente e duas conhecem, mas nunca leram. Entretanto, das cinco pessoas, uma não respondeu sobre a Política em si, e apenas a pessoa 2 se manifestou contrária à presença/existência e efetivação dessa Política. Para ela, mais uma lei ou política pública irá distanciar esse grupo de pessoas de outras pessoas, para ela, isso seria um privilégio e não um direito.

A pessoa 2 afirma que “seria uma maneira a mais de distanciar, de destacar esse tipo de clientela, tinha que procurar integrar ele ao restante do grupo”. A integração do grupo, juridicamente falando, se faz cumprir no atendimento diversificado dado o paciente ter suas especificidades. A igualdade pressupõe a equidade. Não podemos tratar todos igual se eles são diferentes entre si, essa igualdade deve estar condicionada à equidade dos seres humanos e de seus direitos. E ela segue afirmando assim: “já que eles querem que todo mundo seja tratado da mesma maneira, da mesma forma, a cota de escolas de faculdade e uma maneira que tem de você separar quem tem o mesmo direito que os outros”. Nitidamente se vê a distorção do que é direito e equidade e remonta ao preconceito. Para ela, uma Política como essa, seria o mesmo que ‘dar cota’ para pessoas LGBTQI+ no SUS. Mas ironicamente, ela defende que os profissionais sejam treinados para lidar com essa população, ora, a Política trata exatamente disso.

De modo mais amplo, todas as profissionais, no que tange à lei, mostram seu desconhecimento acerca da mesma. A não profundidade no assunto, e resgato aqui a fala da pessoa 3, que diz: “eu gostaria de ter mais sinalizações, porque, infelizmente, a gente precisa está o tempo inteiro sendo sinalizado pra não cometer erros, nem falhas e tá prejudgando as pessoas sem conhecer”. Ela, em sua sinceridade cênica, afirma que os profissionais de saúde precisam ser cobrados para não cometerem erros e atitudes preconceituosas. E concordamos com ela. Falta aplicação da Política nos hospitais, clínicas, postos de saúde, Unidades de Pronto atendimento, sejam do setor público ou privado. É necessário desenvolver estratégias de efetivação dessa política.

Por último, questionamos aos entrevistados se eles queriam falar sobre mais alguma coisa, destacamos as seguintes falas:

“essa população está ocupando cada vez mais o seu espaço, ela está tendo o respeito do povo, mas ainda tem muito tabus, tem muita rejeição, muito preconceito em relação a essas pessoas”.

“é algo que deve ser mais falado, mais divulgado, mais exposto à população **porque já é uma coisa inevitável**, não tem mais como evitar isso, né! E hoje é na família, é um amigo, é um vizinho, um parente, todo mundo tem essa população no seu grupo”.

“eu acho que a gente devia ter um **treinamento pela própria instituição. Treinar a gente pra isso, pra poder atender a população de uma maneira igual**, não destacar a população. Tem que ser todo mundo tratado igual, porque tem o mesmo direito, todo mundo paga imposto, todo mundo tem que ser tratado da mesma maneira”

“eu gostaria que tivesse, eu sei que a lei existe, mas eu gostaria que fosse uma coisa mais explicita”.

“a gente precisa ter esse conhecimento, ter mais esse acesso, **mais acesso ao conhecimento pra poder ajudar na disseminação e aceitação desse grupo que está aí**”.

“Eu tenho amigos, me dou muito bem com eles. **Já tive amigos dessas coisas que você está falando**, desse grupo, me dou muito bem com eles”. (FRASES retiradas das entrevistas, 2022, grifos nossos).

Nosso frisar nessas frases finais se destaca pelas permanências e discontinuidades acerca do ser quem somos na sociedade brasileira. Os estigmas continuam a existir, e as pessoas lidam com a população LGBTQI+ como se fôssemos coisas, e não seres humanos. A Política Pública existe, mas é fundamental que haja regularmente treinamentos especializados nos ambientes da área de saúde para uma requalificação, uma educação continuada.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – UMA EDUCAÇÃO PARA OS DIREITOS HUMANOS

A intolerância social vem assumindo formas diversas, mesmo que fundadas nas mesmas bases que levaram a eventos extremos¹² no mundo. Diante desse cenário, cada vez mais tenebroso, torna-se necessário discutir Educação e Direitos Humanos. Para além do debate teórico-conceitual, é preciso refletir para agir. Como definição basilar, podemos afirmar que os Direitos Humanos se referem aos direitos que as pessoas têm pelo simples fato de serem humanas. Um direito é um tipo de liberdade. Os direitos são baseados no princípio de respeito ao indivíduo. Sua premissa fundamental é que cada indivíduo é um ser moral e racional que merece ser tratado com dignidade. Eles são chamados de direitos humanos porque são universais. Enquanto nações ou grupos restritos se beneficiam de direitos específicos, que se aplicam somente a eles, os direitos humanos são merecidos por todos – não importa quem sejam ou onde morem – simplesmente porque estão vivos.

No debate sobre Direitos Humanos que já salientamos ao longo desta dissertação, nos propomos a aprofundar o enfoque no debate sobre gênero e sexualidade, a fim de propor uma estratégia de intervenção em ambientes da área de saúde para que os profissionais se sintam seguros e aptos na hora de acolher um paciente/cliente LGBTQI+.

Discussões a respeito de gênero e sexualidade são frequentes na atualidade. As opiniões são bastante divergentes, e muitos lutam com unhas e dentes para defender o seu ponto de vista. A ciência, a religião, a filosofia, a sociologia etc., são algumas das áreas que disputam o direito de discorrer sobre o tema, dando origem aos discursos essencialistas, naturalizantes, biologizantes, sócio-histórico-críticos, etc.

De acordo com Foucault a sexualidade emergiu como componente central numa estratégia de poder que, de forma eficaz, juntou o indivíduo e a população através da expansão do biopoder. Foucault argumenta que, a partir do século XVII, no Ocidente, emergiu uma forma de poder que possui por objeto central a administração da vida biológica. É nessa sociedade que o pensador localiza o dispositivo de sexualidade, que diz respeito à ligação da verdade do sujeito (identidade) ao sexo, “ao sexo-história, ao sexo-significação, ao sexo-discurso” (FOUCAULT, 1988, p. 88).

Nesse sentido, estabeleceu-se, por um lado, a sexualidade livre e, por outro, aquela que é controlada e vigiada. O autor sustenta que houve nas sociedades ocidentais uma ligação do sexo com a identidade, fazendo com que o sexo fosse o fator que diz a verdade sobre os

¹² Como o Holocausto.

sujeitos, sobre quem eles são. O sexo foi transformado pelo poder a partir do discurso, do exame, da confissão e do controle no centro da existência humana.

A partir dessa concepção, podemos definir o sexo como uma construção histórica, e não um referente biológico subjacente, conforme apontam Dreyfus e Rabinow (2010, p. 221). Portanto, a categoria sexo é da ordem da normatividade, pois atua na esfera da regulação dos corpos de uma determinada sociedade. Desse ponto de vista, a sexualidade funciona a partir de uma ótica de poder, que produz identidades, categorias e corpos que são governados. O conceito de gênero apareceu pela primeira vez, no campo clínico, quando o psiquiatra Robert Stoller publicou, em 1968, o livro *Sexo e gênero*. Na obra, conforme comenta Safatle (2015):

o psiquiatra procurava descrever as dinâmicas de construção de identidades de gênero através da articulação entre processos sociais, nomeação familiar e questões biológicas. Tratava-se de insistir em um regime próprio de formação das identidades sexuais, para além de seu vínculo estrito à diferença anatômica de sexo, embora Stoller não estivesse disposto a abandonar toda e qualquer referência à biologia (SAFATLE, 2015, p. 174).

Confirmando a ideia de que as relações de gênero delinham os sujeitos sociais, Silva (1999) situa a produção de gênero na esfera cultural como

um campo de produção de significados no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciais de poder, lutam pela imposição de seus significados à sociedade mais ampla. A cultura é um campo onde se define não apenas a forma que o mundo deve ter, mas também a forma como as pessoas e os grupos devem ser (SILVA, 1999, p.133).

As diferenças que a cultura confere em relação ao gênero são abordadas por Silva (2013), que aponta que, desde o nascimento, meninos e meninas são direcionados(as) para uma determinada posição, com respectivas funções. Nessa linha, conforme aponta Silva (2013):

meninas usam roupas “rosas”; meninos, “azuis” [...] Durante o desenvolvimento cognitivo, ambos são educados a brincar de “boneca” ou de “carrinho”; de “panelinha” ou de “futebol”, demarcando a “delimitação do espaço” de cada um, ou seja, a “boneca” (personificação de um bebê de colo, do ato da maternidade) e a “panelinha” (a “cozinha”) assim como o “carrinho” (“homem” ao volante) e o “futebol” (esporte “de homem”) influenciam e reforçam a ideologia que reproduz a “submissão” feminina e a sobreposição masculina no status quo que designa a decodificação dos “papéis sociais” e as atitudes “inconscientes” (SILVA, 2013, p.14).

Ou seja, a produção do gênero acontece mediante práticas sociais, que, por sua vez, recebem um significado. Tais práticas obedecem a um padrão de comportamento que os gêneros devem seguir de acordo com a sua cultura. Os papéis sociais de meninos e meninas começam em casa, mas seguem na escola, onde ambos convivem, mas possuem diferentes

espaços territoriais. Por exemplo, os espaços lúdicos cobrem a função de determinar quais atividades pertencem ao menino e quais pertencem à menina.

Isto posto, podemos refletir que o processo de reprodução de gênero e de afirmação da posição do homem e da mulher na sociedade é uma condição comportamental que confere a posição que cada um possui na esfera social. Enquanto construção cultural, o gênero é concebido como o conjunto de crenças, prescrições e atribuições que são construídas socialmente tomando a diferença sexual como base. Essa construção do gênero preenche toda a vida do ser humano, desde a vida escolar até a vida profissional, em que, culturalmente, as profissões atribuídas à mulher são diferentes das atribuídas ao homem, assim como as tarefas do lar também não são divididas de forma igualitária. Tradicionalmente, a mulher é encarregada de manter a casa, cozinhar, limpar, enquanto o homem é encarregado das tarefas de montar os móveis, furar a parede, mexer com eletricidade, fazer a manutenção da casa - atividades pontuais e esporádicas.

Diferentemente das categorias de classe social e etnia, gênero é uma categoria criada recentemente e o seu uso não está generalizado. Os seus antecedentes se encontram na filósofa Simone de Beauvoir que, na obra *O segundo sexo*, sustentava que mulher não era uma condição natural, mas uma construção social. Para Beauvoir nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Portanto, Beauvoir traz presente para a discussão acerca do gênero a renúncia ao essencialismo; isto é, a condição biológica como fator dominante do ser mulher.

Não só da mulher, mas todas as experiências sociais e culturais que marcam e influenciam a vida dos sujeitos. Esse resgate é importante para fundamentar uma proposta de intervenção que se faça no cotidiano hospitalar.

Local de realização: Hospitais, Clínicas, Unidades Básicas de Saúde.

Duração: 2 momentos de 50 minutos com um pequeno intervalo de 20 minutos para interação social dos participantes.

Objetivo: Capacitar os profissionais de saúde frente ao direito garantido pela constituição de assegurar a dignidade humana no tratamento hospitalar.

Recursos: Datashow (para apresentação) – impressão do documento: *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. 32 p. (como apoio e para que os participantes tenham esse material impresso para ser consultado sempre que preciso).

Conteúdos e Desenvolvimento da Intervenção:

*Apresentação do que é orientação sexual e identidade de gênero

*Discussão acerca dos direitos fundamentais dos homens livres – constitucionalidade do Estado. Estado Constitucional. Estado Democrático de Direito.

*Atividade prática: pedir aos participantes que digam o que pesam sobre o que fora ensinado. Dúvidas, questionamentos.

Pausa para interação

*Apresentação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

*Apresentar formas de assegurar ao paciente/cliente/usuário o devido tratamento com dignidade humana.

A apresentação deve ser baseada na cartilha oferecida pelo Ministério da Saúde e nos referenciais teóricos aqui expostos. O objetivo aqui é inicial, frente ao que consideramos importante devido ao que fora dito nas entrevistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscamos, ao longo desta dissertação, articular os conceitos e o entendimento da construção sócio-histórica da população LGBTQI+ no Brasil, buscando trazer as dimensões do estigma, do preconceito e da discriminação. Também fomos a campo para compreender as percepções dos profissionais de saúde que atuam no Ambiente Hospitalar de um Hospital público Municipal da cidade do Rio de Janeiro e se esses conhecem a atuam de acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBTQI+.

Por este caminho discutiu-se as bases teóricas-conceituais exploradas para o entendimento do tema, tais como: Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde, ressaltando sua contextualização histórica e epistemológica fundamentados em Matta (2007); a Trajetória dos Movimentos LGBTQI+ organizados no Brasil, com base em Guimarães (2018) e Green; Fernandes et. al. (2010) e apresentamos como Foucault enfatizou o papel da sexualidade científica, enquanto mecanismo para o exercício do biopoder sobre a sexualidade humana, a partir de uma necessidade sempre urgente de classificar, nomear e consequentemente patologizar as "sexualidades desviantes".

Discutimos a questão do direito: o Brasil legal e o Brasil real, mostrando a relação entre o Direito Constitucional e a formação do Estado Democrático de Direito e uma educação em Direitos Humanos, a partir de Moraes (2022) e Benevides (2000); e, adentramos o debate sobre Estigma e Interações Sociais (GOFFMAN, 2013, 2004), esclarecendo, a partir de Goffman, sobre a formação do estigma construído nas interações sociais. Sob a visão de Goffman, a marca atribuída ao sujeito estigmatizado coloca quem o estigmatiza sempre na posição de superioridade e normalidade, a partir de diversos marcadores sociais preconcebidos e normativos impostos socialmente, resultando numa "identidade social deteriorada" do sujeito estigmatizado. Dos tipos de estigma todos "carregam o mesmo traço sociológico, o indivíduo estigmatizado encontra-se inabilitado para plena aceitação social, cujo foco da relação com outro recai justamente no atributo "depreciativo" e na impossibilidade de enxergar demais características da sua personalidade".

Buscou-se nesta dissertação ambientar o campo, onde foram realizadas as entrevistas. Traçamos o percurso metodológico, apresentando dados do processo empírico e análise, com as descrições de cada entrevista. Buscamos discutir por temas, apresentados em tabelas, os resultados a partir das contradições na fala dos sujeitos participantes e apresentamos uma proposta de intervenção que poderá ser realizada nas instituições de saúde como um módulo de aprimoramento profissional para o tratamento da população LGBTQI+.

Compreendemos que o papel fundamental do estigma, enquanto determinante da desigualdade social, se constitui como elemento de poder e dominação, onde de forma essencialmente discriminatória, determinados grupos são excluídos ou valorizados, envolvendo o processo de rotulagem e estereotipagem, desencadeado por diversos mecanismos, inclusive no ambiente hospitalar.

No que tange às perguntas norteadoras desta pesquisa: de que forma a falta de qualificação e preconceito dos profissionais no atendimento a população LGBTQI+ no SUS altera a relação saúde doença?; e reações discriminatórias por parte dos profissionais do SUS podem diminuir as oportunidades para a promoção da saúde de LGBTQI+? podemos afirmar que foi explicitada a falta de qualificação e preconceito por parte dessas profissionais no atendimento à população LGBTQI+. E essas reações, impedem, conforme já sinalizado, em 2018, por Guimarães, na atenção básica, a inserção dessa população no SUS, em busca de atendimento à saúde.

Referente ao primeiro objetivo específico, “analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero”, observamos que a percepção dos profissionais de saúde sobre diversidade sexual ainda é, de modo geral, conduzida pelo modelo biomédico persistente baseada na binaridade dos sujeitos e nas limitações do corpo biológico. As subjetividades dos profissionais acerca de sua visão sobre a saúde da população LGBTQI+ ficou explícita para que pudéssemos interpretar. A dificuldade dos profissionais em abordar a orientação sexual e a identidade de gênero dos usuários demonstrou que o tabu de falar de sexualidade ainda em nossos tempos e outras formações subjetivas que abrange preconceito e religiosidade, obstaculiza o entendimento do profissional quanto à orientação sexual e identidade de gênero como conceitos incorporados na análise da determinação social da saúde.

No que se refere ao segundo objetivo específico, “identificar possíveis ações discriminatórias que geram violações de direitos de assistência à saúde da população LGBTQI+ no ambiente hospitalar”, de modo mais específico, isso não ficou evidente. Não de forma física, mas a violência simbólica ficou evidente em algumas das falas analisadas. E no caso do nosso terceiro objetivo específico, “investigar se o profissional possui pleno conhecimento das etapas fundamentais para dar o suporte a formação de identidade de gênero e sexualidade, no intuito de humanizar o tratamento hospitalar”, evidenciou-se que não há conhecimento pleno por parte dessas profissionais.

O presente estudo apresenta alguns limites que merecem menção. Esta pesquisa foi realizada em apenas um hospital e com apenas cinco pessoas. Para realizar uma análise mais

específica seria necessário ampliá-lo a um número maior de cidades e regiões, para que se possa ter um panorama mais claro sobre como os aspectos levantados neste estudo e como eles se diferenciam nos diversos contextos e no SUS como um todo.

Todavia, acreditamos que os resultados aqui obtidos, demonstrando o quanto o estigma persiste e opera “encarnado” nas subjetividades dos indivíduos conforme contextos e vivências sócio-históricas distintas. Além de responderem aos objetivos, poderão contribuir no planejamento de estratégias de formação profissional - nosso objetivo final com este trabalho.

REFERÊNCIAS

AARON, D.; MARKOVIC, N.; DANIELSON, M.E.; HONNOLD, J.Á.; JANOSKY, J.E.; SCHMIDT, N.J. Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. **Am J Public Health**. v. 6, n. 91, p. 972-975, jun. 2001.

BENEVIDES, Maria Victoria. Educação em Direitos Humanos: de que se trata? **Palestra de abertura do Seminário de Educação em Direitos Humanos**, São Paulo, 18/02/2000. Disponível em: <http://www.hottopos.com/convenit6/victoria.htm>. Acesso em: 16 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei no 8.080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8.142/90**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b.

CAMPOS, AL de O.; et.al. Relação médico-paciente: os desafios da inclusão de transgêneros e transgêneros no SUS. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v. 9, n. 12, p.1-13, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10973>. Acesso em: 18 set. 2022.

CARDOSO, M. R.; FERRO, L. F. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. v. 32, n. 3, p. 552-563, 2012.

CARRARA, S. Discriminação, políticas e direitos sexuais no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 1, n. 28, p. 184-189, jan. 2012.

CHAUÍ, Marilena. **Brasil: mito fundador e sociedade autoritária**. Editora Fundação Perseu Abramo, 2012.

COHN, G. Indiferença, nova forma de barbárie. In: NOVAES, A. **Civilização e barbárie**. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.

CONFERÊNCIA Nacional de Saúde 13ª. 2008; Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde: Ministério da Saúde; 2008.

CORNEJO, R.J. Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile. **Sex SaludSoc**. [periódicos na Internet]. v. 9, n.4, p. 109-136, dez. 2011.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução: Vera Portocarrero e Gilda G. Carneiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FACCHINI, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. **Cadernos AEL**. [S. l.], v. 10, n. 18/19, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**, tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1988.

_____. **Os anormais Curso no Collège de France (1974–1975)**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FRANÇA, I. L., MOURA, J.C., CASTRO, T.P. Atenção integral e inclusão social das travestis: demandas, desafios e perspectivas para as políticas públicas. In: Silveira C, Junior NC, Marsiglia RMG. **Projeto inclusão Social Urbana - Nós do Centro**. São Paulo: Fundação Arnaldo Vieira de Carvalho; 2009: p. 206-230.

GOFFMAN, E. Estigma. **Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Título Original: Stigma – Notes on the Management of Spoiled Identity [1963] Tradução: Mathias Lambert, pública. 2004.

_____. **A representação do eu na vida cotidiana**. 19 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, 273 p.

GONZÁLEZ, M.L.S, LICONA, N.E.A. Normalización del discurso homofóbico: aspectos bioéticos. **Acta bioeth**. v. 12, n. 2, p. 211-217, 2006.

GREEN, J. N., & FERNANDES et al, M. MESA-REDONDA Somos - Grupo de Afirmação Homossexual: 24 anos depois. Reflexões sobre os primeiros momentos do movimento homossexual no Brasil. **Cadernos AEL**, [S. l.], v. 10, n. 18/19, 2010. Disponível em: <https://ojs.ifch.unicamp.br/index.php/ael/article/view/2509>. Acesso em: 20jun. 2022.

GUIMARÃES, R. de C.P. **Estigma e diversidade sexual nos discursos dos (as) profissionais do SUS: desafios para a saúde da população LGBT**. 2018. 148 f., il. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LIBSON, M. Hay tantas maneras de no ser: derechos lésbicos-gays y reconocimiento de los contextos familiares. **Sexualidad,SaludySociedad**. v.1, n.6, p.105-126. 2010.

LIEVORE BARROS, M. E.; LIMA, A. C. N. de .; SMOLAREK, A. A. A pandemia da covid-19 e o tratamento aos grupos populacionais vulneráveis pelo estado brasileiro: uma análise a partir da resolução 01/2020 da comissão interamericana de direitos humanos. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 7, n. 19, p. 69–85, 2021. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/384>. Acesso em: 18 set. 2022.

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**. v. 17, n.2, p.11-21, jun. 2008.

LOPES, P. de O. HIV e AIDS, passado e presente: os gays como representação social da doença / HIV e AIDS, passado e presente: gays como representação social da doença. **Revista Brasileira de Desenvolvimento**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 50122–50134, 2021. Disponível em:

<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/30028>. Acesso em: 14 ago. 2022.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C.; PONTEZ, A. L. de M. (Org.). **Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. v. 3, p. 61-80, 2007.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada. In: MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE, S. (Orgs.) **Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial**. Londrina: eduel, 2003. p.11-25.

_____. A entrevista na pesquisa social. **Didática**, São Paulo, v. 26/27, p. 149-158, 1990/1991.

MELLO, L., AVELAR, R.B.; MAROJA, D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc estado**. v. 27, n. 2, p.289-312, ago. 2012.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14a Ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2014, 208p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DAGEP/SEGEP. **Caderno Pedagógico: Curso de Formação de Ativistas/Lideranças e Gestores Sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT**. 2014. Brasília.

MORAES, A. de. **Direito constitucional**. 38. ed. – Barueri [SP]: Atlas, 2022.

MORAIS, A. C. de et al. Ensino em Saúde LGBT na Pandemia da Covid-19: Oportunidades e Vulnerabilidades. **Revista Brasileira de Educação Médica** [online]. v. 44, n. 1, 2020.

MULLER, M. I.; KNAUTH, D. R. “Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’!”. **Revista Cadernos EBAPE**. BR, v. 6, n°2, Jun. 2008.

ONU. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php. Acesso em: 18 ago. 2022.

PARANHOS, W. R.; WILLERDING, I. A. V.; LAPOLLI, É. M. Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online].v. 25, 2021.

PAULINO, D. B.; RASERA, E. F.; TEIXEIRA, F. do B. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 23, 2019.

PRINCÍPIOS de Yogyakarta: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução Jones de Freitas. jul. 2007. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 02 ago. 2022.

RAVADELLI, N.; DE SOUZA, J. S. Política nacional de saúde integral à população lgbt: conhecimentos de discentes da área da saúde. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 19, n. 3, p. 167-175, dez. 2021.

SAFATLE, V. Dos problemas de gênero a uma teoria da despossessão necessária: ética, política e reconhecimento em Judith Butler. In: BUTLER, J. **Relatar a si mesmo**: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

SILVA, A. de C.A.da et al. Implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT) no Paraná, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 24, 2020.

SILVA, T. T. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNAIDS. **Estatísticas**. Disponível em:

<https://unaid.org.br/estatisticas/#:~:text=40%2C1%20milh%C3%B5es%20%5B33%2C,desde%20o%20in%C3%ADcio%20da%20epidemia>. Acesso: 14 ago. 2022.

ANEXO I: PORTARIA Nº 2.836, DE 1º 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).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o direito à saúde garantido no art. 196 da Constituição Federal;

Considerando o Decreto No- 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei No- 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, especialmente o disposto no art. 13, que assegura ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS;

Considerando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009;

Considerando o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e dos Direitos Humanos de LGBT, da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH/PR), que apresenta as diretrizes para a elaboração de políticas públicas;

Considerando as determinações da 13ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2008) acerca da inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero na análise da determinação social da saúde;

Considerando a diretriz do governo federal de reduzir as desigualdades sociais por meio da formulação e implantação de políticas e ações pertinentes;

Considerando a prioridade na implantação de políticas de promoção da equidade, garantidas no Plano Plurianual (PPA) e nas diretrizes do Plano Nacional de Saúde;

Considerando a necessidade de promover a articulação entre as ações dos diversos órgãos do Ministério da Saúde e das demais instâncias do Sistema Único de Saúde, na promoção de ações e serviços de saúde voltados à população LGBT;

Considerando que a discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incide na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento decorrente do preconceito e do estigma social reservado às populações de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais;

Considerando que o desenvolvimento social é condição imprescindível para a conquista da saúde;

Considerando 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;

Considerando que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias direcionadas à população LGBT (lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia) devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

Considerando a existência de dados que revelam a desigualdade de acesso aos serviços de saúde pelas lésbicas e mulheres bissexuais;

Considerando a necessidade de atenção especial à saúde mental da população LGBT;

Considerando a necessidade de ampliação do acesso ao Processo Transexualizador, já instituído no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de ampliação das ações e serviços de saúde especificamente destinados a atender às peculiaridades da população LGBT; e

Considerando a necessidade de fomento às ações de saúde que visem à superação do preconceito e da discriminação, por meio da mudança de valores, baseada no respeito às diferenças, resolve:

Art. 1º Esta Portaria institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, com o objetivo geral de promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

I - instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;

II - ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;

III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;

IV - qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

V - monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VI - garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;

VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;

VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;

IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

X - oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos que façam parte da população LGBT;

XI - oferecer atenção integral na rede de serviços do SUS para a população LGBT nas Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente com relação ao HIV, à AIDS e às hepatites virais;

XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado;

XIII - prevenir novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais e ampliar acesso ao tratamento;

XIV - garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS;

XV - buscar no âmbito da saúde suplementar a garantia da extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais;

XVI - atuar na eliminação do preconceito e da discriminação da população LGBT nos serviços de saúde;

XVII - garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;

XVIII - fortalecer a participação de representações da população LGBT nos Conselhos e Conferências de Saúde;

XIX - promover o respeito à população LGBT em todos os serviços do SUS;

XX - reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde;

XXI - incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral;

XXII - incluir o tema do enfrentamento às discriminações de gênero, orientação sexual, raça, cor e território nos processos de educação permanente dos gestores, trabalhadores da saúde e integrantes dos Conselhos de Saúde;

XXIII - promover o aperfeiçoamento das tecnologias usadas no processo transexualizador, para mulheres e homens; e

XXIV - realizar estudos e pesquisas relacionados ao desenvolvimento de serviços e tecnologias voltados às necessidades de saúde da população LGBT.

Art. 3º Na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde, serão observadas as seguintes diretrizes:

I - respeito aos direitos humanos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, contribuindo para a eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, como a lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, consideradas na determinação social de sofrimento e de doença;

II - contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho, segurança;

III - inclusão da diversidade populacional nos processos de formulação, implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no SUS, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território;

IV - eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram a violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, contribuindo para as mudanças na sociedade em geral;

V - implementação de ações, serviços e procedimentos no SUS, com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica relativos às pessoas transexuais e travestis;

VI - difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis de gestão do SUS;

VII - inclusão da temática da orientação sexual e identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais;

VIII - produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condição de saúde da população LGBT; e

IX - fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias de participação social.

Art. 4º Compete ao Ministério da Saúde:

I - apoiar, técnica e politicamente, a implantação e implementação das ações da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Estados e Municípios;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite (CIT);

III - distribuir e apoiar a divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde nos serviços de saúde, garantindo o respeito ao uso do nome social;

IV - definir estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos da população LGBT;

V - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que promovam a atenção e o cuidado especial com adolescentes lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, garantindo sua saúde mental, assim como acolhimento e apoio;

VI - articular junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais para a definição de estratégias que ofereçam atenção à saúde de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação carcerária, conforme diretrizes do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário;

VII - promover, juntamente com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais, a inclusão de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais em situação de violência doméstica, sexual e social nas redes integradas do SUS;

VIII - elaborar protocolos clínicos acerca do uso de hormônios, implante de próteses de silicone para travestis e transexuais;

IX - elaborar protocolo clínico para atendimento das demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos, como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS;

X - incluir os quesitos de orientação sexual e de identidade de gênero, assim como os quesitos de raça-cor, nos prontuários clínicos, nos documentos de notificação de violência da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) e nos demais documentos de identificação e notificação do SUS;

XI - promover, junto às Secretarias de Saúde estaduais e municipais, ações de vigilância, prevenção e atenção à saúde nos casos de violência contra a população LGBT, de acordo com o preconizado pelo Sistema Nacional de Notificação Compulsória de Agravos;

XII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

XIII - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XIV - fomentar a realização de estudos e pesquisas voltados para a população LGBT, incluindo recortes étnico-racial e territorial;

XV - apoiar os movimentos sociais organizados da população LGBT para a atuação e a conscientização sobre seu direito à saúde e a importância da defesa do SUS; e

XVI - disseminar o conteúdo desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT entre os integrantes dos Conselhos de Saúde.

Art. 5º Compete aos Estados:

I - definir estratégias e plano de ação para implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT no âmbito estadual;

II - conduzir os processos de pactuação sobre a temática LGBT na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

III - coordenar, monitorar e avaliar a implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT, na esfera estadual, garantindo apoio técnico aos Municípios;

IV - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos Planos Estaduais de Saúde e nos respectivos Planos Plurianuais (PPAs);

V - planejar, implementar e avaliar as iniciativas para a saúde integral da população LGBT, nos moldes desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incentivar a criação de espaços de promoção da equidade em saúde nos Estados e Municípios;

VII - promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

VIII - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

IX - promover ações e práticas educativas em saúde nos serviços do SUS, com ênfase na promoção da saúde mental, orientação sexual e identidade de gênero, incluindo recortes étnico-racial e territorial; e

X - estimular a representação da população LGBT nos Conselhos Estadual e Municipal de Saúde e nas Conferências de Saúde.

Art. 6º Compete aos Municípios:

I - implementar a Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Município, incluindo metas de acordo com seus objetivos;

II - identificar as necessidades de saúde da população LGBT no Município;

III - promover a inclusão desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT no Plano Municipal de Saúde e no PPA setorial, em consonância com as realidades, demandas e necessidades locais;

IV - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação de gestão e do impacto da implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

V - articular com outros setores de políticas sociais, incluindo instituições governamentais e não-governamentais, com vistas a contribuir no processo de melhoria das condições de vida da população LGBT, em conformidade com esta Política Nacional de Saúde Integral LGBT;

VI - incluir conteúdos relacionados à saúde da população LGBT, com recortes étnico-racial e territorial, no material didático usado nos processos de educação permanente para trabalhadores de saúde;

VII - implantar práticas educativas na rede de serviço do SUS para melhorar a visibilidade e o respeito a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais; e

VIII - apoiar a participação social de movimentos sociais organizados da população LGBT nos Conselhos Municipais de Saúde, nas Conferências de Saúde e em todos os processos participativos.

Art. 7º Ao Distrito Federal compete os direitos e obrigações reservadas aos Estados e Municípios.

Art. 8º Cabe à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) articular no âmbito do Ministério Saúde e junto aos demais órgãos e entidades governamentais, a elaboração de instrumentos com orientações específicas que se fizerem necessários à implementação desta Política Nacional de Saúde Integral LGBT.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO II: ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Função/cargo
- Tempo de trabalho
- Tempo de formação
- Religião que professa
- Qual é a importância da sua função no atendimento hospitalar?
- Você acredita estar fazendo um bom trabalho? Em caso positivo ou negativo, perguntar por quê.
- Com a sua experiência, você acredita que exista grupos populacionais que passem por dificuldades no tratamento hospitalar? Se sim, qual grupo e por quê? Se não, por quê?
- Suas atividades de trabalho incluem atendimento a pacientes da população LGBTQI+? Como você identificou que tal paciente pertence a essa população?
- Como você se sentiu atendendo a esse ou esses pacientes? (questionar se esse profissional estava preparado, se foi um atendimento “fácil” ou “difícil”?)
- Você conhece a Política Nacional de Saúde Integral para a População LGBTQI+?
 - - Se sim, o que você pensa sobre essa política?
 - - Se não, você acha que deveria existir uma política específica de saúde para essa população? Se sim ou não, por quê?
- Perguntar ao entrevistado se ele gostaria de falar sobre alguma coisa a mais.

ANEXO III: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS: um olhar a partir da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/RJ**”, conduzida por nós, **Alexandre Nascimento Santos**, pesquisador principal, discente de Mestrado Profissional em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação dos professores Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos e Me. Ernane Alexandre Pereira, (colaboradores).

O objetivo central desse estudo é compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a diversidade sexual e de gênero.

O convite a sua participação se deve ao fato de ser maior de 18 anos, profissional de saúde atuante no ambiente hospitalar no município do Rio de Janeiro.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Ademais, qualquer informação oriunda das respostas que possa identificar o (a) Sr. (a) será tratada sob a forma de código e omitida do compilado final, minimizando os riscos da sua exposição, bem como possíveis riscos de constrangimentos.

A qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado.

Essa entrevista, que durará entre 20 e 40 minutos, seguirá um roteiro de perguntas preestabelecidas com vistas a responder os objetivos dessa pesquisa. As respostas deverão ser livres e diretas. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar a qualquer momento, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, o mesmo ocorrerá em horário de antes ou após o expediente, podendo ser no Auditório ou no rol do setor do profissional, na própria Unidade de Saúde.

Se houver algum dano, decorrente da pesquisa, você terá direito a buscar indenização, por meio das vias judiciais, conforme previsto no Código Civil Lei 10.406 de 2002, Artigos 927 e 954 e Resolução CNS/MS nº 510 de 2016 art.19.

Todo o material da pesquisa será mantido em arquivo pelo pesquisador responsável pelo período de pelo menos cinco (5) anos, conforme as Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16, após esse prazo, todo material será descartado.

É possível que o(a) senhor(a) eventualmente experimente algum desconforto, principalmente relacionado a algumas questões. Porém, caso isso ocorra, o(a) senhor(a) pode indicar que não se sente confortável em discorrer sobre o tema abordado. Sua posição será respeitada pelo entrevistador, que passará imediatamente para outras questões. Entende-se que dada a metodologia a ser adotada na pesquisa proposta neste projeto, os riscos decorrentes da pesquisa são mínimos para os participantes. Por se tratar de uma pesquisa que envolve entrevistas, considera-se que um possível risco é o desconforto que alguns participantes poderão eventualmente sentir em relação a algumas questões. Para minimizar riscos eventuais, sempre presentes em pesquisas que envolvam indivíduos, e assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações fornecidas, em nenhuma pergunta haverá necessidade da sua identificação.

Os resultados serão apresentados aos participantes em formato de relatórios individuais para os entrevistados, para que estes possam usufruir dos resultados da pesquisa.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são desenvolver uma discussão acerca das condições do usuário/paciente LGBTQIA+ no acesso ao serviço hospitalar no serviço único de saúde e da preparação os profissionais de saúde para atender essa população.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma delas será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a outra lhe será fornecida.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, telefone: (21) 2598-2863, e-mail: cep@ensp.fiocruz.br. Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210. Contato com o pesquisador responsável: Alexandre Nascimento Santos, mestrando na Escola Nacional de Saúde Pública. Telefone: (21) 9643-90508. E-mail: alexandrenascy@yahoo.com

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos do estudo “**Diversidade sexual e estigmas sociais no SUS: um olhar a partir da Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro/RJ**”, de maneira clara e detalhada, sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

- Autorizo a gravação da entrevista em formato de áudio.
 Não autorizo a gravação da entrevista em formato de áudio.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2022.

Assinatura/Rubrica do (a) participante

Assinatura/Rubrica do Pesquisador Responsável