

SOBREVIVER É PRECISO: A DIVERSIDADE DE GÊNERO NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Caik Ferreira Silva¹

Héryka Laura Calú Alves²

Beatriz de Castro Magalhães³

Mauro Mccarthy de Oliveira Silva⁴

Natália Bastos Ferreira Tavares⁵

Grayce Alencar Albuquerque⁶

Resumo: Este artigo objetivou identificar as dificuldades e facilidades no acesso das pessoas com diversidade de gênero aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório e qualitativo realizado no interior do Ceará com 26 participantes, recrutados pela técnica *snowball*. As dificuldades apontadas foram: não adoção do nome social, preferência por utilizar o serviço de saúde privado, invisibilidade do atendimento ginecológico às mulheres lésbicas e bissexuais e restrição de doação de sangue por homossexuais. Contudo, elementos facilitadores no acesso aos serviços de saúde também emergiram. As dificuldades evidenciaram a necessidade do cuidado equânime e integral à diversidade de gênero.

Palavras-chave: Diversidade de gênero; Acesso aos serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

Abstract: This article aimed to identify the gender-related challenges in access to health services. This is a descriptive-exploratory, qualitative study conducted with data collected by means of focus groups including 26 residents of the



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

1 Mestre em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: caik17ferreira@gmail.com. Orcid: 0000-0003-0307-8172

2 Mestre em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: herykalaura_@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-1671-162X

3 Mestranda em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: beatriz.castro022015@gmail.com. Orcid: 0000-0002-6827-6359

4 Mestrando em Enfermagem, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: mauro-mccarthy@hotmail.com. Orcid: 0000-0001-8895-7760

5 Mestre em Ciências da Saúde, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: nataliabastosf@hotmail.com. Orcid: 0000-0002-1139-600X

6 Doutora em Ciências da Saúde, Universidade Regional do Cariri, Brasil. E-mail: grayce.alencar@urca.br. Orcid: 0000-0002-8726-0619

countryside of Ceará, Brazil, recruited by the snowball sampling technique via phone calls/WhatsApp. Despite mentioning aspects that enabled their access, participants reported difficulties as to the non-adoption of their social name on the part of healthcare services, preference for private services, the invisibility of gynecological care for lesbian and bisexual women, and the impediments faced by homosexuals in donating blood. These findings evince the need for promoting gender-equal and comprehensive care.

Keywords: Gender diversity; Access to health services; Brazilian Unified Health System.

Introdução

A busca pela efetivação dos direitos básicos e fundamentais do ser humano é árdua, contínua e por vezes marcada pela discriminação, segregação e exclusão social. Cotidianamente, isso ocorre com lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT) devido ao preconceito existente contra orientações sexuais e/ou identidades de gênero que fogem à heteronormatividade, o que demonstra que direitos básicos, como os de saúde, estão sendo atacados (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A sigla LGBT, na atualidade ampliada para LGBTQIAP+, reconhece as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneras, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e se refere ainda às demais formas e maneiras de vivenciar e experienciar o universo da sexualidade. Apesar de tal ampliação, a sigla LGBT ainda é bastante utilizada por estar em conformidade com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (PNSI LGBT), publicada em 2011, que considera a identidade de gênero e a orientação sexual como determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2013).

O preconceito contra a população LGBT propicia um encadeamento de obstáculos que vão desde a não procura dos membros da comunidade pelos serviços de saúde até a não efetivação do cuidado, configurando-se assim como um grave problema de saúde pública (CESARO, 2016). Partindo dessa premissa, a comunidade LGBT enfrenta discriminações que repercutem nos condicionantes sociais de saúde, sendo o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) dificultado em decorrência das violências e preconceitos vivenciados nestes serviços, os indivíduos estão mais propensos a adoecer (FERREIRA, 2016).

Deste modo, o acesso à saúde faz alusão direta às (im)possibilidades de entrada desta população no SUS, pois ou os indivíduos não se adequam em

termos de gênero ao sexo biológico que lhes foi atribuído no nascimento, ou a sua orientação sexual diverge da heteronormativa, o que implica em uma fragilidade na efetivação do acolhimento e atendimento das suas vulnerabilidades no sistema (MELLO; AVELLAR; MAROJA, 2012). Assim, a discriminação e a não efetivação do acolhimento nos estabelecimentos de saúde faz com que a população LGBT busque assistência em serviços clandestinos, que por sua precariedade geram riscos à saúde e intensificam as vulnerabilidades.

Com isso, discutir sobre o acesso aos serviços de saúde pela população LGBT se faz necessário. Para tanto, é preciso pesquisar aspectos atrelados à saúde desta população que apresentam especificidades e demandas peculiares de cuidado e que instigam a precaução na área da saúde pública, com sustentação no reconhecimento do direito à saúde. Objetivou-se, portanto, identificar as dificuldades e facilidades no acesso das pessoas LGBT aos serviços de saúde.

Método

Realizou-se um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa entre os meses de agosto de 2017 e julho de 2018 em um município do interior do Ceará, Brasil. O público-alvo foi indivíduos LGBT mobilizados por meio de Organizações não Governamentais (ONG), grupos de ativistas, militantes ou representantes na luta pelos direitos humanos. Os participantes foram captados pela técnica metodológica *snowball* por meio de telefonema ou mensagem via WhatsApp, por onde também foram fornecidas as informações sobre a pesquisa.

Foram contactadas e convidadas para participar da pesquisa 48 pessoas LGBT, considerando-se a alocação de 12 participantes para cada segmento – lésbicas, gays, bissexuais e transexuais – e os seguintes critérios de inclusão: residir no locus do estudo há pelo menos um ano e possuir idade igual ou superior a 18 anos. As pessoas que até o momento da pesquisa não tinham acessado algum serviço de saúde foram excluídas. Ressalta-se que neste estudo não houve necessidade de aplicar tal critério, uma vez que todos atenderam os critérios de elegibilidade. Após agendamento prévio, foram realizadas, na sala de reunião de uma universidade pública, localizada no interior cearense, quatro sessões de grupos focais, uma para cada segmento. Para cada sessão compareceram de seis a sete pessoas, o que resultou em uma amostra final de 26 pessoas LGBT participantes do estudo. Cada sessão teve duração média de duas horas, que foram registradas por

gravação de celular e posteriormente transcritas e codificadas no programa LibreOffice Writer, versão 6.4.

Para a condução das sessões de grupo focal se utilizou um roteiro/temário composto de questões norteadoras, a saber: o que você entende sobre acesso aos serviços de saúde? Quais as facilidades que a população LGBT tem para acessar os serviços de saúde? Quais as dificuldades que a população LGBT tem ou enfrenta para acessar os serviços de saúde?

Utilizou-se o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IraMuTeQ) para o processamento dos dados e a análise de conteúdo como técnica para o tratamento e a interpretação dos fenômenos sociais oriundos dos grupos focais. Para organizar os conteúdos textuais, foi utilizada a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que agrupa e organiza graficamente o *corpus textual* de acordo com sua frequência (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para manter o anonimato dos participantes, mulheres que se autodenominaram lésbicas foram nomeadas como elementos da natureza, entrevistados gays foram designados por aves em extinção, bissexuais foram denominados com cores da bandeira do orgulho bissexual e transexuais foram cognominadas com cores da bandeira do orgulho transgênero, seguido de numeral cardinal (1, 2, 3...), atribuído por sequência de participação. Embora se tenha tentado a captação de travestis, estas não participaram do estudo. A pesquisa foi aprovada sob o parecer nº 2.753.055 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

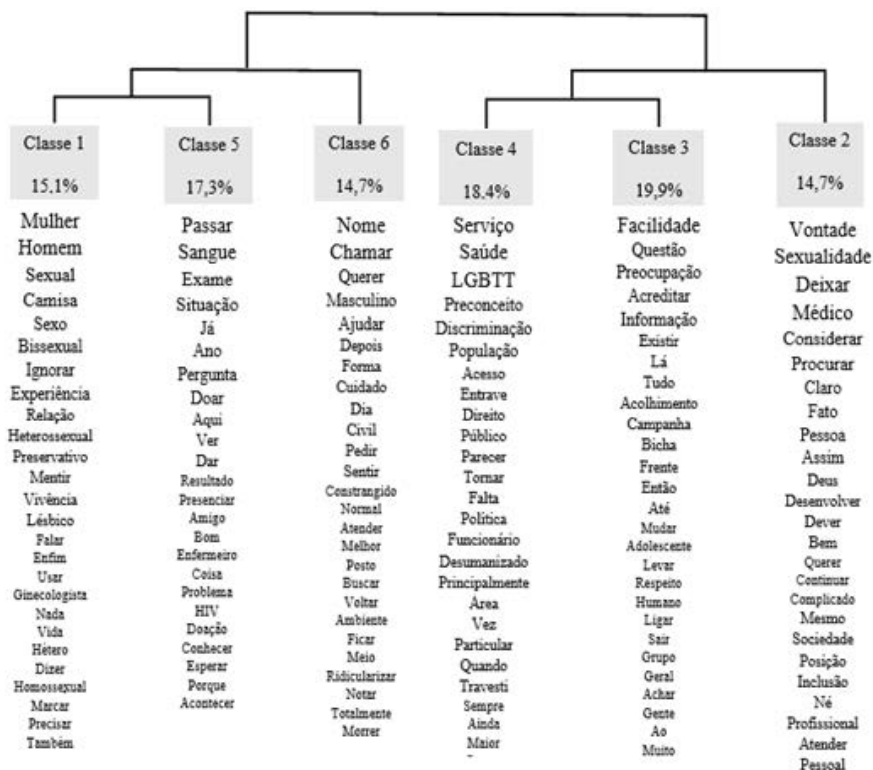
Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 26 integrantes LGBT – 6 lésbicas, 6 gays, 7 bissexuais e 7 transexuais – que se autodefiniram, em sua maioria (42%), como mulheres cisgêneras. Quanto à orientação sexual, os autodeclarados bissexuais foram maioria (27%). O perfil traçado do público apontou a predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (65%) e a cor/raça parda foi declarada por 54% dos entrevistados. Tratando-se do estado civil, 46% se declararam solteiros/as ou sem parceiro/a. A maioria dos participantes disse não pertencer a nenhuma religião ou doutrina (46%), e a renda mensal de que a maioria dispõe é inferior a um salário-mínimo (50%), sendo que 85% do público possui vínculo empregatício e a grande maioria é estudante de ensino superior (42%).

Referente aos dados processados pelo programa IramuTeQ, foram analisados do corpus “dificuldades e facilidades da diversidade de gênero no acesso aos serviços de saúde”, proveniente da transcrição das entrevistas dos grupos focais, 26 falas e 338 segmentos de textos, com aproveitamento de 272 segmentos (80,47%). Destes, emergiram 12.316 ocorrências e um total de 1.115 formas ativas que tiveram uma frequência maior ou igual a 3, categorizando seis classes distintas.

O dendrograma abaixo apresenta categorias que se tornaram nítidas pelos trechos dos depoimentos, exibindo marcos que concentram a significação e o sentido dos relatos. São também apresentadas as relações das palavras que emergiram entre as classes no formato de recortes do corpus, utilizando as unidades de contextos elementares (UCE) mais significativas de cada classe, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1: Dendrograma da classificação hierárquica descendente gerada pelo software IramuTeQ a partir da lista de evocações



Fonte: Elaboração própria, com dados da pesquisa (2020).

A análise emergiu do processamento das falas dos(as) participantes. No dendrograma, cada classe foi convertida em uma categoria temática que a representava, optando-se por apresentá-las e discuti-las por ordem crescente, ou seja, da classe/categoria menos expressiva à mais expressiva.

Uso do nome social nos serviços de saúde: um direito conquistado e não exercido

A classe 6 foi uma das classes que manifestou menor expressividade (14,7%) e reflete as dificuldades enfrentadas pelos(as) transexuais em relação à não adoção do nome social nos serviços de saúde. As palavras mais representativas foram: “nome”, “chamar”, “querer”. Esta categoria evidencia o não cumprimento do direito que as pessoas transexuais têm de serem chamadas por seu nome social pelos profissionais da saúde, como exposto nos depoimentos.

Um psicólogo que eu estava iniciando na sessão com ele [...] cheguei me identificando como [nome social]. Eu apresentei o meu nome civil [...] ele falou assim: “Mais espera, como você quer que eu te chame?” Eu disse “meu amigo, eu já lhe disse que você me chamasse de [nome social]”. Ele questionou ainda [...]. (Azul claro 1, Score: 200.22).

Eu já sofri preconceito até mesmo aqui no [...], por causa que o médico não queria me atender pelo nome em que eu queria. Ele falou: “Não, eu vou lhe atender pelo nome que está aqui, seu nome é este daqui”. Eu disse: “Não, mais eu quero ser chamada de [nome social]”, com o nome que eu gosto e insistiu em não me chamar. (Branca 1, Score: 172.09).

A apresentação da classe/categoria problematiza as questões relacionadas ao nome social e seu uso no SUS, uma realidade ainda não materializada. Segundo Alves, Silva e Moreira (2016), o nome social designa o nome que as pessoas transexuais se reconhecem, se identificam, preferem e têm o direito de serem chamados(as), uma vez que o nome civil ou de registro não reflete sua identidade de gênero. O direito é garantido pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, por meio da Portaria nº 1.820 (BRASIL, 2009). Entretanto, não se percebe o respeito a esse direito na atualidade, o que pode acarretar constrangimento.

*[...] ele disse: “**Nem transexual operada eu chamo de ela**”. Ele falou tipo assim, que deveria me chamar pelo o meu nome masculino que estava na minha ficha, mais só que eu disse pra ele: “Não, por favor, me chame de [nome social]”, porque ele foi logo me constrangendo, “o que é que o senhor está sentido?”. (Branca 1, Score: 196.41, grifo nosso).*

Quando os(as) transexuais vão ao serviço de saúde e apresentam documentos que não condizem com suas identidades de gênero, sentem-se constrangidos(as), negligenciados(as) e podem até deixar de buscar novamente o serviço de saúde, o que aponta para a necessidade do avanço da democratização dos direitos humanos, a começar pelo reconhecimento das várias possibilidades de exercício da sexualidade (LIONÇO, 2008; MORAES; SILVA, 2015).

O SUS aponta a necessidade de um atendimento integral à população LGBT que inclui o acolhimento e o uso do nome social como forma de reconhecimento legítimo (POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017). A utilização do nome social não depende de procedimentos cirúrgicos e mudanças físicas no processo de transexualizador; trata-se de uma ferramenta inclusiva em que o uso do nome social combate formas de preconceito e garante direitos frente a discriminação enfrentada pela comunidade LGBT. Todavia, a utilização do nome social ainda depende do bom senso e do preparo dos profissionais dentro das instituições de saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

É comum observar o desrespeito advindo de alguns profissionais de saúde e barreiras resultantes de padrões culturais heteronormativos, baseados no binarismo masculino/feminino. Tal fato repercute nas ações voltadas às peculiaridades da identidade de gênero e orientação sexual, dentre elas a forma de tratamento, como o nome social, onde não há uma priorização de sua utilização (LONGHI, 2018).

Diante disso, a censura é algo constante nas questões relacionadas à expressão sexual, e por isso, segundo Foucault (1993), a sexualidade deve ser vista na ótica das relações humanas. O uso do nome social reitera um conjunto de sentidos e significados da mudança de um sujeito no mundo, que se apresenta em essência feminina e/ou masculina. Assim, respeitar o uso do nome social é garantir um direito legal em respeito à nova identidade do indivíduo.

Desigualdades de acesso no setor público e privado: uma utopia?

A classe 2 obteve 14,7% de todo o dendrograma. Esta classe/categoria mantém relação direta com a busca dos(as) participantes por profissionais mais sensíveis às questões de gênero e sexualidade. As palavras mais representativas foram “vontade”, “sexualidade”, “deixar” e “médico”. Esta classe evidencia uma das grandes dificuldades deste público: optar por buscar um serviço de saúde privado por julgar que este é mais acolhedor, uma vez que nos serviços públicos

de saúde a assistência em saúde não é humanizada, com restrições de acesso. Os(as) usuários(as), perante os obstáculos vivenciados, buscam profissionais que julgam ser mais acessíveis e/ou “mente aberta”, com postura ética, profissional e não preconceituosa, conforme relata Água 1:

[...] já procurei uma profissional que já era bem mente aberta e deixa a pessoa a vontade e isso é uma coisa admirável e até hoje é a mesma médica e graças a Deus me sinto à vontade. (Água 1, Score: 166.87).

Ainda, as desigualdades de acesso a um sistema instituído como universal, integral e equânime motivam a busca do público LGBT pelo serviço privado em saúde, pois acredita que no setor privado receberão uma assistência de qualidade, mais acolhedora e livre de preconceitos.

Eu já procurei os dois serviços e o privado ele é sempre mais acolhedor, digamos assim, tanto os profissionais tanto o próprio ambiente é mais receptível, deixa a pessoas mais a vontade. O público existe toda uma precariedade, então a dificuldade não está só no profissional mais em toda a estrutura [...]. (Água 2, Score: 200.22).

[...] em relação ao privado e o público, realmente o público é um pouco mais grosseiro. Já o privado ele tem aquela preocupação maior né? (Fogo 1, Score: 128.59).

Os problemas encontrados na busca pela assistência em saúde e o consequente apelo para o serviço particular evidenciam uma dimensão maior que a mera presença de espaços de acolhimento à diversidade de gênero, uma vez que estes serviços são mantidos por demanda. Desta forma, para além da garantia dos direitos dos clientes, tais serviços devem prestar um atendimento de qualidade, para que cada vez mais usuários possam acessá-lo. De fato, mais pessoas têm optado por planos e serviços de saúde privados por lhes atribuir melhor qualidade (PWC BRASIL, 2014).

Assim, um dos principais desafios do SUS é combater suas diferenças e desigualdades de acesso para que ele funcione de forma efetiva e eficaz. Para a concretização desta realidade, é necessário combater a barreira financeira entre os serviços de saúde e a comunidade e enfrentar sua mercantilização e a desproporção entre oferta e demanda existente (ASSIS; JESUS, 2012), condição expressa na fala de Água 2.

E aí eu fico pensando, quem tem condições de pagar um médico, de pagar um convênio ou fazer algo do tipo bem, e aquela pessoa que não tem? [...] e aquela pessoa que de repente

não se enquadra no padrão digamos, assim, mais aceito na sociedade [...], eu acredito que essa pessoa deva sofrer mais ainda. (Água 2, Score: 88.50).

Desta forma, institui-se a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde públicos, tanto à nível de recursos humanos, desconstruindo a heterocisnormatividade estrutural e, assim, viabilizando a prática humanizada, quanto de recursos materiais e estruturais, permitindo o acesso não somente às tecnologias leves, mas também às leves-duras e duras.

Da invisibilidade de mulheres lésbicas e bissexuais ao atendimento ginecológico

A classe 1 obteve 15,1% de todo o dendrograma e mantém relação direta com o não reconhecimento da orientação afetivo-sexual no tocante às mulheres lésbicas e bissexuais por profissionais de saúde. As palavras mais representativas foram “mulher”, “homem”, “sexual”, “camisa”, “sexo”, “bissexual” e “ignorar”. Esta classe/categoria evidencia uma das grandes dificuldades enfrentadas atualmente por mulheres lésbicas e bissexuais: não serem assistidas em suas individualidades, em especial no que tange ao atendimento ginecológico. Dentre as falas mais importantes evocadas, destaca-se:

Uma experiência que eu tive na ginecologista, ela perguntou se eu já tinha tido relações sexuais, aí eu disse que já, que havia tido relação hétero uma vez só, e aí foi eu falei que ficava também com mulheres, aí ela disse, não, mas você está iniciando agora sua vida sexual [...]. (Azul 3, Score: 187.10).

Desde cedo, as mulheres são induzidas a buscar o atendimento ginecológico, seja quando ocorre a menarca, uma gravidez, após a primeira relação sexual ou na menopausa. Sendo assim, a busca por esse serviço é quase sempre gerada por eventos sociais que, ao mesmo tempo, provocam alterações no corpo da mulher (RABELLO, 2013). Com isso, a consulta ginecológica pode ser um momento de ansiedade e tensão. No caso das lésbicas ou bissexuais, esse atendimento parece ser ainda mais complexo, conforme citou Azul 3, que evidencia a tentativa profissional de ocultação das relações não heteronormativas.

Facchini e Barbosa (2006), ao investigarem a relação entre a lesbiandade e os serviços de saúde, destacaram o envolvimento de fatores como a invisibilidade da existência da mulher lésbica e da mulher bissexual, o movimento de repressão da própria sexualidade feminina e o preconceito – direto ou indireto – contra a homossexualidade e a

bissexualidade. Ainda, as autoras afirmam que os estudos relacionados a essa temática não conseguiram fornecer suporte necessário para o esclarecimento da existência de demandas e riscos específicos da saúde destas mulheres, já que a maioria aborda apenas o eixo da saúde sexual e reprodutiva à luz da heterossexualidade.

Esta ausência, intencional ou não, marginaliza os atendimentos às mulheres lésbicas e bissexuais que buscam o serviço de saúde. O estudo de Valadão e Gomes (2011), que fez uma análise integrativa de diferentes estudos brasileiros acerca da saúde das lésbicas, aponta que elas não são apoiadas por profissionais de saúde quando verbalizam suas orientações afetivo-sexuais na assistência ginecológica. Essa situação dificulta a possibilidade de atendimento seguro e ético, reproduzindo exclusão e violência simbólica.

[...] quando você vai pra ginecologista e até mesmo passar em um enfermeiro e tal, tipo não se preocupam em de repente, primeiro perguntar qual a sua sexualidade, então já taxa você como heterossexual. Só pergunta se, “você tem relações sexuais?”, “qual o tipo de preservativo que você usa?” Aí normalmente eu olho e falo assim, nenhum. Você não toma anticoncepcional? Não. Você não usa camisinha? Não. Aí você fica meio que assim, aí as vezes eu me sinto meio constrangida em ter que parar e dizer, não, eu sou lésbica. Eu acho que é uma coisa, um cuidado que deveria partir dele sabe? (Água 2, Score: 73.76).

Para Portella (2009), é fundamental durante o atendimento ginecológico que a paciente informe o profissional de saúde sobre suas práticas sexuais, caso tenha relação com mulher ou com homem e mulher. Contudo, essa realidade não se concretiza, visto que a maioria desses atendimentos segue um roteiro para a mulher heterossexual com foco no uso dos métodos contraceptivos, objetivando-se evitar a gravidez.

Ainda, para além de uma atenção não qualificada diante da revelação da orientação afetivo-sexual, as mulheres lésbicas e bissexuais observam mudanças na postura adotada pelo profissional.

[...] a forma que ela me atendeu foi totalmente diferente da forma que ela estava me atendendo antes dela saber da minha orientação sexual, antes dela saber que ali era minha parceira [...]. Não gostei, também não voltei mais de jeito nenhum pra ela [...]. Pra mim foi triste [...]. (Ar 1, Score: 53.40).

Diante destes relatos, Coelho (2011), em uma pesquisa quantitativa que abordou o tratamento dispensado às lésbicas em consultórios ginecológicos,

apontou que 59,5% das participantes revelaram sua orientação sexual ao profissional de saúde, sendo que 18,3% perceberam uma reação preconceituosa. Dentre as mulheres que não revelaram sua orientação, 30,6% saíram do consultório com receita de método contraceptivo, 19,4% com indicação de uso de preservativo masculino, 3,2% com indicação de teste de gravidez e 4,8% com hipótese diagnóstica de gravidez.

Valadão e Gomes (2011) destacam ainda que os profissionais de saúde precisam discutir sobre os riscos relacionados às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e ao HIV/aids em lésbicas, sobre as técnicas reprodutivas disponíveis, como inseminação artificial e fertilização *in vitro*, e aconselhar as pacientes sobre os cuidados que devem ser tomados na prática penetrativa – com brinquedos eróticos ou dedos – com objetivo de perceberem que não há uma mulher igual a outra, mas sim necessidades de saúde diversas.

Assim, as evidências demonstram a invisibilidade do lugar da lésbica nos serviços de saúde, visto que, dado os modelos reproduzidos, os profissionais de saúde se encontram preparados para atender mulheres heterossexuais, em parte o resultado de um processo formativo. Não se pode negar a força com que as instâncias educativas heteronormativas atravessam os sujeitos, ao ponto de que a heterossexualidade se tornar a única alternativa de viver a sexualidade e projetar socialmente o gênero (BRAGA; CAETANO; RIBEIRO, 2018).

Desta forma, demonstra-se a necessidade de elaborar protocolos específicos para as mulheres lésbicas e bissexuais, do enfrentamento à lesbofobia nos serviços de saúde, da escuta profissional qualificada e humanizada deste público e da formação de profissionais de saúde aptos a acolher, no atendimento ginecológico, as mulheres lésbicas e bissexuais e compreender as particularidades destas.

A não doação de sangue por homossexuais: até quando?

As classes 4 e 5 obtiveram, respectivamente, 18,4% e 17,3% de expressividade de todo o conteúdo e são relativas à discriminação e ao preconceito vivenciado por LGBT nos serviços de saúde, especificamente o preconceito contra a doação de sangue por homossexuais, especialmente gays. As palavras mais representativas foram “serviço”, “saúde”, “LGBT”, “preconceito” e “discriminação”, em que se destacam os relatos:

[...] a gente além de não ter facilidades, ainda tem esses entraves, que o principal entrave é o preconceito e a discriminação que aí se faz, que tenha toda uma cultura de atendimento lá no acesso aos serviços de saúde que torna para a população LGBT **esse atendimento desumanizado** como eu costumo chamar. (Águia, Score: 387.44, grifo do autor).

[...] eu conheço muitas pessoas e tenho muitos amigos que passaram por essas situações, principalmente nisso de doar sangue que eu não entendo, sabe? Mais é bem comum. (Rosa 1, Score: 192.45).

Eu tenho um amigo que foi barrado de doar sangue porque ele é gay [...] uma das perguntas que estava no formulário foi: você é ativo ou passivo? E ele se sentiu extremamente constrangido. (Roxa 1, Score: 164.40).

Um estudo de revisão sistemática da literatura, considerando o período de 2004 a 2014, apontou que as orientações afetivo-sexuais e identidades de gênero que não fossem heterossexuais e cisgênero, respectivamente, foram fatores determinantes nas dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e que muitas ações são necessárias para a garantia de acesso aos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2016). Outros estudos realizados na Alemanha (HIRSCH; LÖLTGEN; BECKER, 2016), Austrália (KOH; KANG; USHERWOOD, 2014) e Nova Iorque (DAVIS; BERLINGER, 2014) apontaram, como barreira ao acesso à saúde, a discriminação e o preconceito dos profissionais quanto à orientação afetivo-sexual e identidade de gênero do paciente.

Assim, em relação ao acesso aos serviços de saúde para doação de sangue, evidencia-se, no Brasil, preconceitos e discriminações específicas, como a proibição à população LGBT, particularmente os homossexuais, de doar sangue, o que torna os serviços de saúde ambientes hostis e de exclusão social.

A segurança do doador e do receptor deve ser cuidadosamente preservada nestes serviços, sendo a entrevista prévia à doação um meio essencial de triagem que deve abordar questões referentes à saúde. Entretanto, essa triagem não aborda questões de orientação sexual ou identidade de gênero. Estes dois assuntos também se encontram ausentes do rol de critérios para a seleção de doadores pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelo Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011).

apesar das previsões legais, são considerados inaptos por um ano à doação de sangue os homens que tiveram relações sexuais com outros homens e/ou parceiras sexuais destes nos últimos 12 meses (ANVISA, 2014). Diante deste conflito de normas, os bancos de sangue têm se posicionado

no sentido de definitivamente não aceitar candidatos à doação declaradamente gays. A recusa do sangue de um homem que mantém relações sexuais, por exemplo, relação anal, com outro homem pode gerar perda para os bancos de sangue, uma vez que descarta potenciais doadores saudáveis com base em critérios não precisos.

Portanto, há a necessidade de um novo método de entrevista e uma avaliação sanguínea mais segura não só para homossexuais, mas também para todos aqueles que desejam doar sangue, uma vez que a relação sexual anal não é praticada somente entre homossexuais e utilizar este critério, além de ser ineficaz e inseguro, provoca discriminações.

Das facilidades às estratégias de acesso aos serviços de saúde

A classe 3 obteve 19,9% de expressividade de todo o conteúdo das entrevistas, tendo relação direta com a ausência de facilidades do público para acessar os serviços de saúde. As palavras mais representativas foram “facilidade”, “questão”, “preocupação”, “acreditar” e “informação”.

*Acredito que não exista essa facilidade, a dificuldade é em geral, imagine pra nós né? **Qual a facilidade que a gente iria ter? Eu desconheço.** (Água 1 Score: 102.26, grifo do autor).*

*Primeiro que eu acho que ninguém tem facilidade de acessar os serviços de saúde, já começa daí. **Não tem facilidades para os héteros, então eu acredito que para os LGBT vai ter muito menos.** (Rosa 1 Score: 207.03, grifo do autor).*

Visualizar facilidades para possibilitar a inserção das diversas formas de vivências e expressões da sexualidade nos serviços de saúde é uma das maneiras para se concretizar o acesso, que, por sua vez, pode não se efetivar pela presença de entraves. Além do mais, a partir da análise mais minuciosa desta classe, foi possível identificar alguns elementos que, quando efetivados, podem, segundo os(as) participantes, funcionar enquanto facilitadores do acesso. Isso se demonstrou por meio das seguintes palavras desta classe, que também assumem valor representativo: “acolhimento”, “campanha”, “mudar”, “respeito” e “humano”, como verificado nos trechos transcritos:

[...] você não vê, por exemplo, campanhas falando sobre prevenção de doenças entre as lésbicas que a gente sabe que existe. Você não vê campanhas falando sobre a importância de usar determinadas coisas, você não vê essa preocupação né [...]. (Água 2, Score: 68.32).

[...] essa questão humana [...] tá ligada a questão da formação e é imprescindível que se mude o mais rápido possível e **se coloque a frente no acolhimento pessoas que saibam receber essa população com dignidade, com humanidade.** (Gavião, Score: 98.52, grifo do autor).

Isso se trata de respeito, [...] por mais que a gente tente não demonstrar, não chamar atenção, **os próprios profissionais nos ridicularizam por conta da aparência, por conta da voz fina, por conta dos trejeitos, porque culturalmente quanto mais afeminado, mais ridicularizado é.** (Beija- flor, Score: 5.04, grifo do autor).

Referente às campanhas que emergiram nos discursos dos(as) participantes, o MS lançou, em 2014, uma campanha focada na população LGBT em parceria com as Secretarias de Direitos Humanos (SDH) e de Políticas para as Mulheres da Presidência da República, que contava com cartazes e materiais informativos visando à sensibilização sobre a saúde de cidadãos LGBT (GONÇALVES GARCIA; BATISTA; SANTOS, 2016).

A campanha teve como foco principal a saúde de mulheres lésbicas e bissexuais. Segundo o MS, há uma ideia equivocada por parte dos profissionais de saúde de que mulheres lésbicas não têm risco de desenvolver câncer de mama e de colo de útero, o que leva estes profissionais a não oferecerem métodos de prevenção. Percebe-se, então, a importância dessas campanhas para não somente eliminar os preconceitos e desigualdades, mas também para prevenir e detectar precocemente doenças (GONÇALVES GARCIA; BATISTA; SANTOS, 2016).

Ademais, é necessário que as campanhas ganhem outros enfoques e ocupem espaços como o ambiente escolar, familiar, laboral e demais terrenos da sociedade, objetivando desmistificar este assunto. Na atualidade, em virtude do maior conhecimento sobre a diversidade sexual e das informações existentes sobre suas demandas em saúde, é inadmissível e inconstitucional que a saúde da população LGBT seja encarada unicamente por um aspecto sexual e de promiscuidade. Os relatos obtidos com esta pesquisa evidenciam que o primeiro desafio enfrentado pela população LGBT no SUS é o acesso, seguido pela incerteza de um acolhimento humanizado e livre de qualquer discriminação, que pode ser ainda atrelada a outros fatores, como idade, cor, classe social etc. Neste sentido, Sousa, Abraão e Costa (2011) destacam que o processo de humanização no SUS depende de mudanças sistemáticas e estratégicas que envolvam as formas de pensar e agir da comunidade, dos gestores e dos profissionais, no sentido de garantir o respeito às diferentes manifestações da sexualidade.

A confluência dos esforços dos movimentos sociais e da produção científica brasileira levou o MS a elaborar programas e políticas públicas

específicas para este público. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2013), publicada em 2011, representou um ponto culminante desse processo, uma vez que sua elaboração traz a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos e o combate à discriminação e ao preconceito institucional enquanto obstáculos ao acesso, ao acolhimento e à qualidade da atenção do profissional de saúde. No entanto, para que a mudança desejada no cenário do acesso à saúde por parte da população LGBT ocorra, é fundamental que se invista na ideia de que os fatores relacionados à orientação afetivo-sexual e à identidade de gênero são importantes determinantes dos processos de cura e adoecimento (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

4 Considerações finais

O estudo ofereceu reflexões sobre a ausência de facilidades e da existência de diversas dificuldades vivenciadas pela população LGBT ao acessarem os serviços de saúde. A carência de facilidades demonstra a relevância de se ampliar a discussão do assunto para que, desde a formação dos profissionais dessa área, elas possam ser gestadas e concretizadas. Ademais, estratégias para a minimização das dificuldades devem ser efetivadas, a fim de que a comunidade LGBT receba um cuidado mais equânime e integral.

Ainda que os resultados apontados nesta pesquisa sejam importantes, visualizam-se limitações neste estudo, como a ausência de participantes travestis. No entanto, os resultados obtidos encontram validade com os da literatura, demonstrando a importância de estudos dessa natureza, isto é, que elucidem as dificuldades e facilidades das pessoas que não se enquadram na norma heteronormativa. Por fim, sugere-se a realização de estudos futuros com profissionais da área da saúde no que concerne às dificuldades e facilidades no cuidado da saúde desta população, uma vez que os profissionais poderão contribuir para ampliar o conhecimento acerca desta temática.

Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da diretoria colegiada nº 34, de 11 de junho de 2014**. Brasília, DF: Anvisa, 2014.

ALBUQUERQUE, G. A. *et al.* Violência psicológica em lésbica, gays, bissexuais, travestis e transexuais no interior do Ceará, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 100-111, 2016.

ALVES, C. E. R.; SILVA, G. F.; MOREIRA, M. I. C. A política pública do uso do nome social por travestis e transexuais nas escolas municipais de Belo Horizonte: uma pesquisa documental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 325340, 2016.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRAGA, K. D. S.; CAETANO, M.; RIBEIRO, A. I. M. A educação e o seu investimento heteronormativo curricular. **Momento: Diálogos em Educação**, Rio Grande, v. 28, n. 3, p. 12-29, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.353, de 13 de junho de 2011. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 jun. 2011. Disponível em: <https://bit.ly/3FkhzUc>. Acesso em: 4 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 14 ago. 2009. Disponível em: <https://bit.ly/3la5Akd>. Acesso em: 4 out. 2021.

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**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CESARO, C. G. K. Políticas públicas de saúde à população LGBT: percepção das travestis que se prostituem diante da realidade da cidade de Confresa – MT. **ACENO Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, Cuiabá, v. 3, n. 5, p. 223-241, 2016.

COELHO, L. A representação social da homossexualidade feminina nos ginecologistas do ponto de vista das mulheres lésbicas e bissexuais. **Revista Tesseract**, São Paulo, n. 4, p. 50-59, 2011.

DAVIS, S.; BERLINGER, N. Moral progress in the public safety net: access for transgender and LGB patients. **Special issue: LGBT Bioethics – Visibility, Disparities, and Dialogue**, Hastings, v. 44, n. 4, p. 45-47, 2014.

FACCHINI, R.; BARBOSA, R. M. **Dossiê saúde das mulheres lésbicas**: promoção da equidade e da integralidade. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2006.

FERREIRA, B. O. **Babado, confusão e gritaria**: vivências e reflexões da população LGBT no SUS. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 11. ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

GONÇALVES GARCIA, F.; BATISTA, D. S.; SANTOS, M. C. A política nacional de saúde integral LGBT no Sistema Único de Saúde (SUS). **Ideário**, Rio de Janeiro, n. 1, p. 117-132, 2016.

GUIMARÃES, R. C. P. *et al.* Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os agentes comunitários de saúde? **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, v. 11, n. 1, p. 121-139, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3a8eVTc>. Acesso em: 4 out. 2021.

HIRSCH, O.; LÖLTGEN, K.; BECKER, A. Lesbian womens' access to healthcare, experiences with and expectations towards GPs in German primary care. **BMC Family Practice**, New York, v. 17, p. 162, 2016.

KOH, C. S.; KANG, M.; USHERWOOD, T. I demand to be treated as the person I am: experiences of accessing primary health care for Australian adults who identify as gay, lesbian, bisexual, transgender or queer. **Sexual Health**, Melbourne, v. 11, n. 3, p. 258-264, 2014.

LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008.

LONGHI, M. P. Ampliando o olhar para a população LGBT em um grupo de discussão com trabalhadores de saúde: potencialidade e desafios. **Bis**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 116-124, 2018.

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

MORAES, A. N. D.; SILVA, G. S. N. As travestis, o não uso do nome social na atenção primária à saúde e a educação popular como possibilidade de mudança. *In*: COLÓQUIO NACIONAL REPRESENTAÇÕES DE GÊNERO E SEXUALIDADE, 11., 2015, Campina Grande. **Anais [...]**. Campina Grande: Cemep, 2015. p. 136-154. Disponível em: <https://bit.ly/3iwc0bQ>. Acesso em: 4 out. 2021.

POPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3Bc3FkO>. Acessado em: 2 fev. 2021.

PORTELLA, A. P. **Lésbicas, sexualidade e saúde: síntese dos resultados de pesquisa direitos sexuais e necessidades de saúde de lésbicas e mulheres bissexuais na percepção de profissionais de saúde e usuárias do SUS**. Recife: SOS Corpo, 2009.

PWC BRASIL. **O mercado de serviços de saúde no Brasil**. São Paulo: PricewaterhouseCoopers Brasil, 2014. Disponível em: <https://pwc.to/3Fi9b7F>. Acesso em: 15 out. 2020.

RABELLO, L. R. **A existência lesbiana e o atendimento ginecológico oferecido às lésbicas no discurso de profissionais da saúde do HRC**. 2013. Monografia (Graduação em Ciências Sociais com habilitação em Antropologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

SOUSA, P. J.; ABRÃO, F. M. S.; COSTA, A. M. C.; FERREIRA, L. O. C. Humanização no acolhimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais na atenção básica: reflexões bioéticas para enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 5, n. 4, p. 1064-1071, 2011.

VALADÃO, R. C.; GOMES, R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1451-1467, 2011.

Recebido em novembro de 2020.

Aprovado em julho de 2021.