



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA - UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**MARCUS RENAN XIMENES FROTA
SAMER HELUANY KHOURY**

**RELAÇÃO DA COMUNIDADE LGBT COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PARAÍBA: QUALIDADE E CONDIÇÕES DE
ACESSO**

**CAJAZEIRAS - PARAÍBA
2016**

**MARCUS RENAN XIMENES FROTA
SAMER HELUANY KHOURY**

**RELAÇÃO DA COMUNIDADE LGBT COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PARAÍBA: QUALIDADE E CONDIÇÕES DE
ACESSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de Bacharel em Medicina, na Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Curso de Medicina, Universidade Federal de Campina Grande – *Campus* Cajazeiras.

Orientadora: Profa.Ms.Sofia Dionizio Santos

**CAJAZEIRAS - PARAÍBA
2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

F941r Frota, Marcus Renan Ximenes.

Relação da comunidade LGBT com os serviços de saúde pública no município de Cajazeiras – Paraíba: qualidade e condições de acesso / Marcus Renan Ximenes Frota, Samer Heluany Khoury.- Cajazeiras, 2016. 55f.: il.

Bibliografia.

Orientadora: Profa.Ma.Sofia Dionizio Santos.

Monografia (Bacharelado em Medicina) UFCG/CFP, 2016.

1. Saúde Pública. 2. Políticas sociais - saúde.3. Atenção básica. 4. Sexualidade - LGBTs - saúde. 5. Sistema Único de saúde - SUS.I. Khoury,SamerHeluany. II. Santos, Sofia Dionizio.III. Universidade Federal de Campina Grande. IV. Centro de Formação de Professores. V. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU-614

MARCUS RENAN XIMENES FROTA
SAMER HELUANY KHOURY

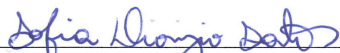
RELAÇÃO DA COMUNIDADE LGBT COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NO
MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PARAÍBA: QUALIDADE E CONDIÇÕES DE ACESSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
para obtenção do título de Bacharel em
Medicina, na Unidade Acadêmica de Ciências
da Vida, Curso de Medicina, Universidade
Federal de Campina Grande – *Campus*
Cajazeiras.

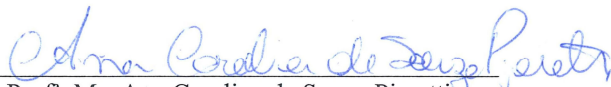
Orientadora: Prof^ª. Ms. Sofia Dionizio
Santos

Aprovada em 08/08/2016

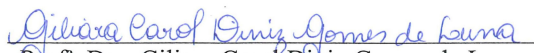
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Ms. Sofia Dionizio Santos
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Orientadora



Prof^ª. Ms. Ana Carolina de Souza Pieretti
Unidade Acadêmica de Ciências da Vida/CFP/UFCG
Examinadora



Prof^ª. Dra. Giliara Carol Diniz Gomes de Luna
UAETSC/CFP/UFCG
Examinadora

AGRADECIMENTOS

À nossa família (Luzanira, Frotão, Joa e Ana; Samer, Salomira, Aline e Samuel) sem os quais não teríamos chegado até aqui. A nossas companheiras (Maiana Farias e Carol Lyra), que todos os dias nos movem com o maior dos combustíveis, AMOR. Aos meus tios João e Pedro, obrigado. À LJ, Yuri, Sylvio, Xerez, Hélio, Felipe e Nilson Costa, mais do que amigos em toda essa jornada. Obrigado cajazeirenses e sertão paraibano por sempre nos acolherem tão bem. Agradecemos ainda aos pacientes e profissionais, os quais nos inspiram diariamente na missão de “ser melhor”.

*Um passo à frente e você não está mais no mesmo
lugar...*

(Chico Science e Nação Zumbi)

FROTA, Marcus Renan Ximenes; KHOURY, Samer Heluany. **Relação da comunidade LGBT com os serviços de saúde pública no município de Cajazeiras – Paraíba: Qualidade e condições de acesso.**2016. 55 f. TCC (Graduação em Medicina) - Unidade de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) é um marco para a saúde nacional, uma vez que, além de reconhecer as necessidades especiais de uma população específica, carrega em seu escopo propostas de ações contundentes e atribuições de responsabilização específica aos órgãos gerenciais públicos (Ministério da Saúde; Secretaria Estadual de Saúde; Secretária Municipal de Saúde). Com mais de 4 anos de criação dessa Política, faz-se necessário entender como ocorre sua aplicabilidade e quais são seus impactos sociais. Esse trabalho tomou como referência a cidade de Cajazeiras- Paraíba para entender, principalmente no âmbito da Atenção Básica (AB), as relações entre os usuários que se identificam LGBT e os serviços de saúde pública oferecidos. Trata-se de uma pesquisa exploratória com análise qualitativa, cujo método de coleta de dados foi através de Grupos Focais, com análise do discurso pautado na elaboração do Discurso do Sujeito Coletivo. Foram elencadas as principais demandas desse grupo de usuários e avaliada a resolutividade dos serviços de saúde perante a elas. Foram avaliadas ainda as principais barreiras de acesso dessa população usando a ótica: trabalhador em saúde *versus* clientela, encontrando na fragilidade dos serviços de saúde pública, no medo do enfrentamento ao padrão social heteronormativo e na impraticabilidade das políticas nacionais para saúde LGBT, os principais elementos no processo de marginalização desse grupo no acesso à saúde pública. Tal proposta buscou de forma crítica uma visão sobre os caminhos a serem percorridos para o real fortalecimento e efetividade do SUS na região.

Palavras-Chave: Políticas Públicas. Atenção Básica. Sistema Único de Saúde. Sexualidade.

FROTA, Marcus Renan Ximenes; KHOURY, Samer Heluany. **LGBT community relationship with the public health services in the city of Cajazeiras - Paraíba: Quality and access conditions.** 2016. 55 f. TCC (Graduação em Medicina) - Unidade de Ciências da Vida, Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2016.

ABSTRACT

The National Policy for Integral Health for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) is a milestone for national health, since, in addition to recognizing special needs of a particular community, it leads to the accountability of specific management bodies (i.e. Ministry of Health, State Health Department, Municipal Secretary of Health). Now, over four years since its creation, it is necessary to understand how this policy has been implemented and its social impacts. This study took the city of Cajazeiras to understand the relationship between users who identify themselves as LGBT and public health services especially in the context of Primary Care (PC). Data was collected through the so-called Focal Groups and a qualitative analysis of the discourse was performed based on the elaboration of the collective subject discourse. We list the main demands of the LGBT community and evaluate the resoluteness of health services in answering them. In addition, we evaluate the main barriers that hinder the access of the LGBT community to health services from the perspective: health worker vs client, finding the weakness of public health services, fear of confronting heteronormative social pattern and impracticality of national LGBT health policies, as the main elements in the marginalization process of this group access to public health. Finally, we provide a critical insight on the paths to be followed in order to strengthen the effectiveness of the National Health System (SUS) in the region.

Keywords: Public Policy. Primary Care. National Health System. Sexuality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 1.	29
Tabela 2	GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 1.	30
Tabela 3	GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 2.	32
Tabela 4	GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 2.	33
Tabela 5	GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 3.	34
Tabela 6	GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 3.	35
Tabela 7	GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 4.	37
Tabela 8	GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 4.	38
Tabela 9	GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 5.	39
Tabela 10	GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 5.	40
Tabela 11	GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 6.	41
Tabela 12	GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 6.	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	DSC à questão norteadora 1	30
Quadro 2	DSC à questão norteadora 2	33
Quadro 3	DSC à questão norteadora 3	36
Quadro 4	DSC à questão norteadora 4	38
Quadro 5	DCS à questão norteadora 5	40
Quadro 6	DSC à questão norteadora 6	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4.1 Experiências de si mesmo.....	17
4.2 Padrões sociais e a heteronormatividade.....	18
4.3 Conceitos e práticas em saúde pública.....	19
4.4 Da construção histórica dos direitos LGBT.....	21
4.5 Políticas nacionais para saúde LGBT.....	22
5 METODOLOGIA.....	24
5.1 Tipo de estudo.....	24
5.2 Local de pesquisa.....	24
5.3 População.....	24
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	25
5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	25
5.5.1 Coleta.....	25
5.5.2 Análise.....	26
5.6 Posicionamento ético do pesquisador.....	27
6 RESULTADOS.....	29
6.1 Grupo Focal com usuários que se identificam LGBT.....	29
6.1.1 Quais são os serviços de saúde buscados pelo grupo no município de Cajazeiras-PB?.....	29
6.1.2 Quais as principais demandas levadas aos serviços de saúde?.....	32
6.1.3 Como é o atendimento nos serviços de saúde procurados pelo grupo?.....	35
6.2 Grupo Focal com a equipe da Unidade Básica de Saúde - PAPS.....	37
6.2.1 Quais as principais demandas dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?.....	37
6.2.2 Quais as dificuldades de acesso percebidas pela equipe ao atendimento de usuários?.....	39

6.2.3 A equipe se sente segura e capacitada para atender às demandas de saúde desses usuários?	42
6.3 Aprofundando algumas questões	44
6.3.1 Fragilidade dos serviços de Saúde em Cajazeiras	44
6.3.2 Medo	45
6.3.3 Impraticabilidade das Políticas Nacionais para LGBT.....	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
APÊNDICES	52
APÊNDICE A	52
APÊNDICE B	54

1 INTRODUÇÃO

Discutir Saúde Pública brasileira é um desafio tão grande quanto sua abrangência e complexidade. Ao longo de mais de 20 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe, nos três níveis de atenção, a garantir acesso à saúde de maneira gratuita, universal e com equidade aos usuários em todo território nacional. Nesse sentido, torna-se evidente a pluralidade e complexidade das demandas existentes, exigindo das políticas públicas e dos profissionais de saúde um grande nível de dinamicidade e flexibilidade. Entendendo a Atenção Básica (AB) como porta de entrada prioritária para toda a população brasileira, podemos situar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) como ambiente de grande diversidade de pessoas em variadas relações sociais. Em meio a esse recorte, faz-se necessário o preparo de suas equipes no reconhecimento das necessidades e peculiaridades de cada comunidade e, ainda, no atendimento de forma minimamente satisfatória à singularidade de cada caso dentro de sua população adstrita.

As condições de saúde/doença de qualquer comunidade ou pessoa são multifatoriais, mas trazem entre seus determinantes o comportamento e hábitos de vida. “A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos” (LAURELL, 1982, p. 3). Logo, é nesse contexto que se insere a comunidade LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) como usuária do SUS, trazendo à AB seu ensejo social, suas singularidades, e suas demandas específicas de saúde. Pautada nessa lógica surge, em 1º de dezembro de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Essa política é o principal fruto da Conferência Nacional de LGBT, em 2006, e da extensa militância de grupos sociais iniciada em meados dos anos 80. É um marco para a saúde nacional, uma vez que, além de reconhecer as necessidades especiais de uma população específica, carrega em seu escopo propostas de ações contundentes e atribuições de responsabilização específica a órgãos gerenciais (Ministério da Saúde e órgãos vinculados; Secretaria Estadual de Saúde; Secretária Municipal de Saúde). Passados mais de quatro anos de criação dessa Política, faz-se necessário entender como ocorre sua aplicabilidade e quais são seus impactos sociais.

As peculiaridades existentes em cada segmento da sociedade tornam as demandas de saúde complexas e variadas. Supõe-se que as demandas de saúde da comunidade LGBT sejam subjugadas aos estigmas de preconceito e marginalização social, configurando-se determinantes sociais no binômio saúde-doença. Infere-se que a não garantia de acesso e o despreparo dos serviços de saúde pública potencialize a vulnerabilidade da população em questão.

O presente trabalho é um recorte situacional do exercício prático da oferta e da procura por serviços de saúde, utilizando como cenário o sertão paraibano e todas as suas particularidades sociais e culturais, e ampara sua justificativa na carência de dados em relação a temática.

A cidade de Cajazeiras foi escolhida com o intuito de entender, principalmente no âmbito da AB, as relações entre profissionais de saúde e uma clientela específica, usuários pertencentes ao Grupo LGBT dessa cidade. Trata-se de uma pesquisa exploratória, na qual foi possível dar voz aos atores envolvidos no processo do exercer saúde, tentando compreender boa parcela das dinâmicas sociais embutidas neste processo. No estudo, fez-se uso de conhecimentos prévios adquiridos em todas as disciplinas de Saúde de Família e Comunidade, além do contato intenso com movimentos sociais e com serviços de saúde do local ao longo de toda a graduação dos autores. Foram elencadas as principais demandas de usuários específicos e avaliamos a resolutividade dos serviços de saúde perante as mesmas. Avaliou-se ainda as principais barreiras de acesso dessa população a partir da ótica do trabalhador em saúde e do usuário LGBT. Tudo isso fomentou uma visão crítica sobre os caminhos a serem percorridos para o real fortalecimento e efetividade do SUS na região.

Ao longo do trabalho, foi percebido que necessidades menos específicas, como o acesso ao atendimento médico, fazem parte das carências de um sistema municipal de saúde sucateado, pobre de investimentos e na maioria das vezes mal gerido por autoridades locais. Com uma demanda muito maior do que o poder de resolutividade, os serviços públicos de saúde de Cajazeiras carecem de profissionais capacitados a lidar com a realidade da atenção básica. Em meio a esse quadro, a comunidade LGBT, além de sofrer com o preconceito social, tem suas necessidades básicas negligenciadas pelo poder público. Diante da realidade em que vivem, toda a simbologia progressista representada pela Política Nacional de Saúde Integral de LGBT cai por terra, seja por desconhecimento de suas prerrogativas ou mesmo por descumprimento. Como denuncia uma das vozes do estudo, é como se coubesse aos profissionais da área a arbitrariedade de ceder ou não os direitos garantidos por essa Política.

2 JUSTIFICATIVA

O interesse pela temática surgiu da união de vários fatores, dentre eles o contato com a formação dos movimentos sociais de Cajazeiras – PB a partir da participação dos pesquisadores nos movimentos estudantis e na realização e execução de projetos de extensão universitária. Nesses espaços, as temáticas de discussão e experiências vivenciadas trouxeram a possibilidade de observar especificidades dos diferentes grupos sociais quanto aos seus processos de adoecimento e relação com os serviços de saúde.

A abordagem trabalhada nas disciplinas de Saúde da Família e Comunidade, apresentadas de forma longitudinal ao longo de sete períodos da graduação em Medicina, foi importante substrato para compreensão do sujeito como fruto de suas peculiaridades sociais, condição intimamente relacionada ao binômio saúde/doença vivenciado por cada indivíduo. A relevância desse trabalho é baseada no entendimento dos determinantes sociais de saúde que inferem maior vulnerabilidade a algumas minorias sociais e, nesse aspecto, compreende-se a comunidade LGBT de Cajazeiras como detentora de demandas de saúde específicas e que necessitam de uma atenção que garanta equidade e integralidade de acesso.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Conhecer a relação da comunidade LGBT com os serviços de saúde pública existentes no município de Cajazeiras na Paraíba.

3.2 Objetivos específicos

Identificar as principais demandas de saúde específicas da comunidade LGBT que levam à busca pelos serviços de saúde.

Verificar as condições de acesso da população LGBT aos serviços de saúde pública oferecidos no município a partir da ótica dos usuários e da ótica de uma equipe de saúde da família.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Experiências de si mesmo

Entre as características humanas que vem sendo objeto de análise por diferentes estudiosos, o sexo, cada vez mais, deixa de ser pensado apenas no campo biológico e passa a ser compreendido como uma conjunção de fatores orgânicos, sociais e psicológicos conforme disserta Choeri (2004):

A determinação do sexo do ser humano abrange diversos fatores de ordem física, psíquica e social. Num indivíduo tido como normal, há uma perfeita integração de todos os aspectos, tanto de cada um desses fatores isoladamente, como no equilíbrio entre todos eles. Assim, a definição do sexo individual, comumente aceita pelas ciências Biomédicas e Sociais, resulta, basicamente, da integração de três sexos parciais: o sexo biológico, o sexo psíquico e o sexo civil (CHOERI, 2004, p. 85).

Ainda assim, há uma normatividade social com forte tendência a pautar apenas os valores biológicos do sexo, e, sob a influência dessa determinação biológica, constroem-se os parâmetros das relações sociais, especialmente as relações de gênero. “A noção de gênero é entendida aqui como relações estabelecidas a partir da percepção social das diferenças biológicas entre os sexos”, afirma Scott (1995 apud ANJOS, 2000, p. 275). Essa polarização fomenta o “ser homem” e o “ser mulher”, categorizando comportamentos e determinando funções sociais, onde vigora a hierarquia do homem sobre a mulher.

É importante entendermos os conceitos de orientação sexual e de identidade de gênero nesse contexto, uma vez que há uma tendência social de aplicar a toda forma de relacionamento a lógica normativa do gênero determinado a partir do sexo biológico e, conseqüentemente, as expectativas de desempenho de papéis masculino e feminino. Resumidamente, podemos conceituar a identidade de gênero como a forma com que cada indivíduo identifica-se, homem ou mulher, independentemente do seu sexo biológico. Consoante Jesus (2012), identidade de gênero é

O gênero com o qual uma pessoa se identifica, que pode ou não concordar com o gênero que lhe foi atribuído quando de seu nascimento. Diferente da sexualidade da pessoa. Identidade de gênero e orientação sexual são dimensões diferentes e que não se confundem. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, gays ou bissexuais, tanto quanto as pessoas cisgênero (JESUS, 2012, p. 24).

A orientação sexual indica a forma como sua sexualidade se expressa, compreendendo o contexto das relações que ela embasa. Ainda para Jesus (2012, p. 26), “a orientação sexual é

uma atração de cunho afetivo e sexual por alguém, além de vivências interna relativa à sexualidade, fugindo da normatização de que ela estabelece vínculo com gênero”.

4.2 Padrões sociais e a heteronormatividade

Ao longo da história, nos mais diversos momentos da construção social, deparamos com o padrão normativo de relação sexual e conjugal formado por um homem e uma mulher, onde “a heterossexualidade é tratada como uma natureza pressuposta em todo indivíduo” (OLIVEIRA, 2014, p. 243).

O mesmo autor continua afirmando que o padrão heteronormativo perpetua-se nos diversos âmbitos da formação humana; influenciados pela dualidade macho-fêmea, azul-rosa, pênis-vagina, tidos como única possibilidade aceita socialmente. Estudos realizados com análise do material didático fornecido pelo Ministério da Educação (MEC), concluem que o assunto sexualidade, trabalhado como parte do currículo escolar, reduz a questão à experiência heterossexual, desconsiderando as demais possibilidades de relacionamentos (OLIVEIRA, 2014).

Em concordância com exposto, outros autores reconhecem o padrão heterossexual estabelecido e apontam o reducionismo desse modelo “A heteronormatividade é denunciada como um regime político que legitima, ao mesmo tempo, a normatização do desejo heterossexual e a divisão binária dos gêneros” (ALOS, 2014, p. 366).

A influência social desse padrão heteronormativo contrasta com as concepções de justiça social, a qual supera o binarismo simplista do gênero.

A justiça social é aqui compreendida na perspectiva da equidade, ou seja, pressupõe que a universalidade dos direitos humanos e sociais só pode ser assegurada mediante o reconhecimento e consideração das diferenças entre grupos sociais que se encontram em situação não apenas de distinção, mas também de desigualdade (LIONÇO, 2009, p. 46).

Assim sendo, é fácil perceber que a afirmação das diversidades sexuais, além de fazer um contraponto ao padrão heterossexual, enaltece o *status* social de indivíduos desprestigiados por uma justiça social heteronormatizada, a qual é substrato de homofobia.

O binarismo de gênero repercute em práticas discriminatórias, como é o caso da homofobia, uma prática de discriminação baseada na suposição da normalidade da heterossexualidade e dos estereótipos de gênero (LIONÇO, 2009, p. 48).

A homofobia ergueu-se enraizada socialmente em diversos espaços, inclusive na medicina, a qual desde o século XIX usa a padronização sexual para oprimir as diversidades. Segundo Giami (2005), ao descrever o pensamento de Lantéri-Laura, o qual defendia que as ideologias sociais influenciaram conceitos médicos:

A função moralizadora exercida pela medicina sobre a sexualidade não é, portanto, fundada sobre princípios diferentes daqueles que são procedentes do senso comum. A medicalização das perversões não faria mais que fornecer as justificações médicas e científicas, permitindo estabelecer os novos tipos de controle e de sanções sobre certas condutas sexuais consideradas a priori como desviantes. Contudo, as coisas não são tão simples porque os médicos, como atores sociais, estão também engajados nos debates de sua época e as posições que eles assumem nesses debates vêm, por sua vez, orientar suas elaborações científicas e médicas (GIAMI, 2005, p. 272).

A medicalização da sexualidade surge nesse contexto como ferramenta de poder sobre o comportamento sexual, e para Foucault ela tem gênese na prática progressiva da confissão cristã repressora de variedades de manifestação sexuais, a qual mais tarde foi aglutinada por práticas jurídicas e absorvida pela prática médica.

Aquele que escuta não será simplesmente o mestre do perdão, o juiz que condena ou absolve; ele será o mestre da verdade; medicalização dos efeitos da confissão: definição de uma morbidade própria ao sexual (FOUCAULT, 2001, p.66).

Foucault reconhece que ao longo da história embutiu-se nos diferentes setores sociais. Inicialmente em igrejas, instituições jurídicas até adentrar no meio médico. As sensações das práticas sexuais que atormentavam o pecador, eram penalizadas juridicamente e tratadas pela medicina.

4.3 Conceitos e práticas em saúde pública

O Sistema Único de Saúde (SUS), fundado em 1988 é fruto de uma compreensão política que entende a saúde como dever do Estado e direito do povo. Sua construção e funcionamento pautam-se nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade do

cuidado. A universalidade é um princípio que representa uma meta a ser conquistada, sendo necessário eliminar as barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se interpõe entre os serviços e os usuários. A equidade gira em torno de tratar os desiguais com as especificações necessárias, buscando garantir uma igualdade de assistência e prezando por melhorias de qualidade de vida.

A contribuição que um sistema de serviços de saúde pode dar à superação das desigualdades sociais em saúde implica redistribuição da oferta de ações e serviços, e na redefinição do perfil dessa oferta, de modo a priorizar a atenção em grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias, bem como enfatizar ações específicas para determinados grupos e pessoas que apresentem riscos diferenciados de adoecer e morrer por determinados problemas (TEIXEIRA, 2011, p. 5).

Já as ações de integralidade, articulam-se intimamente com determinantes sociais do processo saúde-doença e as estratégias para, uma vez os compreendendo, dar resolução às demandas de saúde.

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, que resultou na demanda espontânea, de um modo articulado à oferta relativa a ações ou procedimentos preventivos (MATTOS, 2004, p. 1413).

Em sua proposta de organização, o SUS tem como opções de oferta à população serviços em três diferentes níveis de atenção: primário, secundário e terciário, em cada um deles organizam-se serviços com diferentes graus de complexidade, em caráter ambulatorial ou hospitalar, para solução de demandas cirúrgicas, clínicas, realizações de exames, serviços de prevenção de doenças, distribuição de medicamentos, etc. Para organização desse fluxo, tem-se na Atenção Básica (AB) a porta de entrada preferencial. A AB se organiza segundo a Estratégia de Saúde da Família e Comunidade através do acompanhamento de famílias pelos Agentes Comunitários de Saúde, numa proposta de vinculação da população à Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua referência, tendo esse sistema uma equipe formada por médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e demais profissionais de saúde que prestam seus serviços em caráter direto ou por meio de núcleos de apoio. Tem-se na AB, como porta de entrada de todo usuário ao SUS, uma complexa modalidade de atendimento, adequada à realidade de cada comunidade e particularmente influenciada por suas condições socioculturais.

Em meio a esse quadro, é fácil perceber que o SUS ainda possui limitações na execução dos ideais que lhes servem de pilares. Entre as minorias vitimadas por essa limitação, o público LGBT merece destaque. Segundo pesquisa realizada na Parada Gay de São Paulo pelo Ministério da Saúde 14,5% dos homossexuais entrevistados sofreram discriminação motivada pela identidade sexual nos serviços de saúde.

4.4 Da construção histórica dos direitos LGBT

Iniciado na metade da década de 70, o movimento homossexual surge como um conjunto de associações, menos ou mais organizadas, as quais buscavam a liberdade de orientação sexual como direito, além de aglutinar politicamente pessoas identificadas com suas causas. Para Faccini (2003), sua evolução pode ser didaticamente dividida em três momentos:

O primeiro momento, que chamarei de “primeira onda”, corresponde ao surgimento e expansão desse movimento durante o período de “abertura” política. [...] encerra-se nos últimos anos da primeira metade dos anos 1980, o que coincide com a retomada do regime democrático e o surgimento da AIDS , então chamada de “peste gay”. [...] o período que se segue e compreende o restante da década de 1980 foi bem pouco tratado pela bibliografia específica, tendo sido anunciado como correspondendo a um “declínio” do movimento.[...] por volta do início dos anos 1990, houve um reflorescimento das iniciativas militantes.[...] chegava à segunda metade da década de 1990 com uma presença marcante na mídia, ampla participação em movimentos de direitos humanos e de resposta à epidemia da AIDS , vinculação a redes e associações internacionais de defesa de direitos humanos e direitos de gays e lésbicas, ação junto a parlamentares com proposição de projetos de lei nos níveis federal, estadual e municipal, atuação junto a agências estatais ligadas aos temas DST/AIDS e Direitos Humanos, formulação de diversas respostas frente à exclusão das organizações religiosas, criação de associações de grupos/organizações em nível nacional e local — como a Associação Brasileira de Gay, Lésbicas e Travestis ou o Fórum Paulista de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros — e a organização de eventos de rua, como a manifestação realizada por ocasião do dia do Orgulho Gay na cidade de São Paulo, que, no ano de 2002, contou com a presença estimada pelos organizadores de cerca de 500.000 pessoas (FACCHINI, 2003, p. 84-85).

Essa consolidação política do movimento LGBT, em muito, tem relação íntima com os avanços políticos favoráveis a esse grupo, como a despatologização do homossexualismo em 1986, depois de amplo embate com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Nesse momento, assumiu o protagonismo na militância das causas LGBT, João Antônio Mascarenhas.

No fim dos anos 90 e início dos anos 2000, nascem em alguns estados as primeiras políticas públicas destinadas a esse grupo, como a proibição da discriminação por orientação sexual no Mato Grosso e em Alagoas.

Durante o governo do Lula, com a criação da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), é que se percebeu mudanças efetivas no tratar dos direitos LGBT, ganhando importante destaque o programa Brasil Sem Homofobia (BSH).

Um programa pioneiro, construído em conjunto com o movimento LGBT, em uma articulação entre Estado e sociedade civil, que vai aglutinar 53 ações e diretrizes governamentais a serem implementadas em diversos âmbitos, como políticas de saúde, educação, mulheres, juventude, seguranças (BRASIL, 2004).

Esse programa foi concebido com participação de grupos LGBT, do Estado e da sociedade civil, ganhando notoriedade e referência internacional. No Brasil, foi o divisor de águas para o aperfeiçoamento e construção das políticas públicas desse grupo.

4.5 Políticas nacionais para saúde LGBT

Ao longo dos a nos, as questões inerentes ao gênero vêm ganhando espaço, surgindo como busca de garantia e igualdade no SUS. Inserem-se nesse contexto: a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (BRASIL, 2008) e a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2010). Essa última, em seu texto, traz um resgate histórico da luta por direitos de saúde da população LGBT, assim como busca garantias de acesso e incentivo à implementação de ações e práticas em toda rede do SUS, as quais contemplem sua clientela. Trazendo como seu objetivo geral:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2013)

Contudo, diante de barreiras sociais e práticas enrijecidas do Sistema Único de Saúde, a novidade da criação dessas políticas ainda carece de aprofundamento em questões muito além do seu respaldo legal. “Daí a necessidade permanente de avaliação e, quando necessário, reformulação das ações previstas, de maneira a viabilizar a efetiva implantação dessas políticas” (MELLO, 2012, p. 291). Ainda que seja o marco inicial da atenção à saúde da comunidade LGBT, essa política não cumpre o desafio de suprir completamente as necessidades dessa minoria, principalmente na abordagem prática às demandas específicas dessa população.

O ponto de partida é o entendimento de que, apesar de uma relativa abundância de documentos governamentais e de eventos que proporcionam interlocução entre governo e sociedade civil, o grande desafio é transformar as incipientes políticas públicas, gestadas ao longo dos últimos anos, especialmente a partir de 2004, em efetivas políticas de Estado, que não estejam à mercê da boa vontade de governantes e das incertezas decorrentes da inexistência de marco legal de combate à homofobia e de promoção da cidadania LGBT (MELLO, 2012, p. 289).

A carência de pesquisas fomenta o restrito conhecimento sobre a abrangência municipal das políticas nacionais de saúde LGBT. Esse fato, associado à existência de uma forte bancada anti-LGBT, reforça a ideia de que haja uma constante fiscalização social e governamental de instâncias de saúde, para frear os possíveis retrocessos concernentes a essa questão.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

O estudo consistiu em uma pesquisa de natureza exploratória, descritiva, partindo de uma abordagem qualitativa. Os delineamentos propostos pela pesquisa exploratória objetivam conhecer uma variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere (PIOVESAN, 1995). Por Vergara (2000), entendemos que “a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza” (VERGARA,2000, p. 47).

Entendendo a complexidade das relações humanas e buscando assimilar esses elementos de forma contextualizada, compreendendo o sujeito como fruto de seu meio e das experiências vividas, buscando uma abordagem que respeite as subjetividades existentes e nos guie com fidedignidade aos objetivos traçados, concordamos com Minayo (1993), que afirma ser no campo da subjetividade e do simbolismo que se afirma a abordagem qualitativa.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se volve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. (MINAYO, 1993, p. 244)

5.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, localizada no Sertão Paraibano e distante 468 quilômetros da capital do estado, João Pessoa. Possui uma área de aproximadamente 566 km² e, de acordo com o censo de 2010, uma população de 58 446 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), configurando o sétimo município mais populoso da Paraíba.

5.3 População

A população abordada para a pesquisa foi composta de dois grupos, com perfis diferenciados.

O primeiro grupo foi constituído por pessoas que se reconhecem gays, lésbicas, bissexuais, travestis ou transexuais e que utilizam a rede pública de saúde do município de Cajazeiras – PB, contatados através do Movimento LGBT e do Conselho Municipal de Políticas LGBT existentes no município.

O segundo grupo foi composto de uma equipe de Saúde da Família atuante na Unidade Básica de Saúde (UBS) PAPS, a escolha dessa UBS se deu pelo vínculo institucional com a UFCG, configurando campo de prática de ensino dos cursos de saúde do *campus* de Cajazeiras.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas pessoas que se reconhecem lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, residentes em Cajazeiras – PB, usuários do SUS, ou que fizessem parte da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde do PAPS, serviço vinculado à UFCG, Campus Cajazeiras, e que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

5.5 Procedimentos de coleta e análise dos dados

5.5.1 Coleta

Os dados foram coletados através da realização de Grupos Focais (GF), cuja metodologia utiliza roteiros temáticos pré-estabelecidos. O GF pode ser definido como “uma técnica de coletar dados diretamente das falas de um grupo, que relata suas experiências e percepções em torno de um tema de interesse coletivo”, segundo Leopardi (2001 apud GOMES, 2009, p. 857). Do ponto de vista organizacional, é coerente que todos os GF ocorram com a participação de 06 (seis) até 15 (quinze) integrantes. A duração dos momentos varia de 40 (quarenta) minutos até pouco mais de uma hora. A dinâmica dos GF é embasada em questões norteadoras que buscam aproximar a realidade dos participantes aos objetivos da pesquisa. A intervenção dos moderadores é mínima e basicamente se resume a aproximação do foco temático proposto, garantindo aos participantes a livre elaboração de seus discursos, exposição de ideias e sentimentos. No transcorrer do GF há uma reflexão dos próprios participantes a respeito das temáticas propostas, com *insights* motivados pelas colocações de seus pares.

A coleta de dados se deu segundo a proposta metodológica desenhada para esse trabalho. Foram organizados GF em momentos distintos, mediante contatos prévios com lideranças do Movimento LGBT de Cajazeiras-PB, do Conselho Municipal de Políticas LGBT e com a equipe de saúde da Unidade Básica PAPS, também de Cajazeiras-PB. Entendendo que ambos os grupos já possuíam, internamente, uma dinâmica grupal desenvolvida, em que os sujeitos estão familiarizados uns com os outros, optou-se pela

realização de apenas um momento com cada grupo. Em seus respectivos encontros, os grupos ocorreram mediados pelas questões norteadoras apresentadas em anexo (Apêndice B).

O primeiro encontro foi realizado com a equipe de saúde do PAPS, em uma sala de reuniões na própria unidade, com a participação de 06 (seis) membros da equipe, composta por: médica, estagiário do curso de medicina da UFCG, recepcionista da unidade, enfermeira da unidade, técnica de enfermagem da unidade e agente comunitária de saúde. O GF ocorreu em 13/05/2016, teve duração de aproximadamente quarenta e sete minutos e teve seus dados registrados mediante a captação e gravação do áudio na íntegra, sem edições ou quaisquer alterações de seu conteúdo e anotações dos pesquisadores.

O segundo encontro ocorreu com os usuários dos serviços de saúde vinculados ao SUS do município de Cajazeiras-PB, que foram convidados a partir do contato com o movimento LGBT, totalizando 10 (dez) usuários. A reunião teve no salão da Câmara de Deputados de Cajazeiras-PB (local escolhido por ser onde geralmente ocorrem as reuniões do Movimento LGBT) e foi seguida a mesma abordagem metodológica de GF aplicada à equipe de saúde. O debate foi guiado por temas preestabelecidos, sendo realizada a captação e gravação de áudio, totalizando aproximadamente uma hora e quarenta minutos de material gravado, e anotações dos pesquisadores.

Todos os participantes da pesquisa, nos dois grupos, tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido e assinaram o documento, ficando uma via em posse dos participantes e outra via idêntica em posse dos pesquisadores.

5.5.2 Análise

O conteúdo dos áudios foi trabalhado mediante análise das falas após a transcrição na íntegra desse material, sem identificação nominal dos autores, buscando preservar suas identidades. A análise das falas em forma de texto, confrontados com os áudios e anotações livres dos pesquisadores durante a realização dos grupos, permitiu acesso a um material rico de informações que pode ser reproduzido com maior veracidade e contemplar a fala desses elementos em um único texto, esse texto reflete as opiniões do grupo para cada questionamento proposto, definindo o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

No DSC, Lefèvre (2005 apud GOMES, 2009, p. 858) afirma a possibilidade de se “viabilizar o discurso, deixando a realidade descrever-se mais autonomamente porque se acredita ser muito mais rico e válido ter uma realidade mais *auto* do que *hétero* descrita”.

O DSC é um discurso síntese redigido em primeira pessoa do singular, a partir de trechos de discursos individuais, constituindo-se a principal dessas figuras metodológicas. Devem ser grafados em itálico para identificar um discurso coletivo. (GOMES, 2009, p. 858).

Dessa maneira, o DSC corrobora com uma das finalidades do trabalho, que é dar voz aos personagens diretamente envolvidos com o tema. O discurso passa a ser um dado material passivo de reflexões e ponderamentos, carregado de subjetividades, mas objetivo ao traduzir as relações abordadas.

Para produção do DSC foi utilizado um programa de computador gratuito chamado *DSCsoft* versão 1.1.0.0, um software elaborado para organização de dados coletados a partir de metodologias qualitativas. “O *DSCsoft* é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, "papers" de revistas especializadas, etc.” (*DSCSOFT*, 2016, p. única)

O *DSCsoft* nos permitiu organizar as respostas coletadas no GF, transcritas na íntegra, em categorias definidas pelo reconhecimento das Expressões Chave (ECH) e Ideias Centrais (IC). As ECH são “pedaços, trechos ou transcrições literais de cada resposta do entrevistado que devem ser destacados pelo pesquisador e que constituem o essencial do conteúdo das representações ou das “teorias” subjacentes a estas, que estão presentes nestas respostas” (*DSCSOFT*, 2016, p. única). Após esse reconhecimento, podemos ter acesso às IC dos discursos, entendidas como “um nome ou expressão linguística que revela e descreve, da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido presente nas ECH selecionadas de cada uma das respostas”. (*DSCSOFT*, 2016, p. única)

Após a reorganização desse material em categorias podemos observar o material coletado a partir de conjuntos semanticamente homogêneos. A organização desses recortes pôde ser editada em um texto único, em primeira pessoa, que define o DSC, revelando de forma metodologicamente organizada e com maior consistência a experiência dos grupos estudados ante a problemática proposta pelas questões norteadoras.

5.6 Posicionamento ético do pesquisador

Cientes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012), o projeto de pesquisa foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Após

aprovação (CAAE: 52942316.1.0000.5575 e Parecer: 1.431.141/2016) foram executadas as etapas de coleta e análise dos dados garantindo o anonimato e sigilo dos participantes, assim como esclarecimentos em qualquer aspecto que pudessem desejar. A participação no estudo foi voluntária, sem qualquer interesse ou envolvimento financeiro, garantido aos participantes a possibilidade de ser interrompido no momento de seu interesse. A motivação dos pesquisadores é científica e os mesmos negam qualquer conflito de interesses.

6 RESULTADOS

Buscando uma apresentação mais didática dos resultados obtidos, serão apresentados em ordem a tabulação das respostas colhidas após cada questão norteadora levantada no GF, seguida de uma análise em visual do agrupamento dessas respostas e do respectivo DSC gerado.

6.1 Grupo Focal com usuários que se identificam LGBT

Trata-se de um grupo bem heterogêneo composto por jovens e adultos. Não havia idosos. Entre seus representantes, gays, travestis e transexuais. Não foi observada a participação de integrantes lésbicas, mesmo que o grupo afirme que elas façam parte de suas bandeiras de luta. Entre os interlocutores do grupo, alguns possuíam participação mais ativa, enquanto outros se encolhiam na passividade da concordância com as falas que eram postas. Os mais eloquentes, quase sempre, ocupavam cargos em outros coletivos, como Associação dos Catadores de Lixo de Cajazeiras, Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal LGBT, e possuíam boa formação política. Por tratar-se de um grupo que realiza reuniões frequentemente, todos estavam bem à vontade, uma vez que já se reconheciam como grupo e compreendiam bem suas individualidades. Ninguém foi obrigado a opinar sobre as questões, uma vez que isso poderia alterar a dinâmica espontânea do grupo.

6.1.1 Quais são os serviços de saúde buscados pelo grupo no município de Cajazeiras-PB?

Diante da primeira pergunta feita ao grupo, havia alguma ansiedade em trazer o maior número de informações e queixas sobre os problemas da saúde cajazeirense. Era a ansiedade de um grupo que, excepcionalmente, tinha a oportunidade de ter suas queixas ouvidas. O descontentamento ganhou notoriedade em todas as falas, com justificativas diversas. Foi difícil focar no tema, mesmo com a clareza dos moderadores. Depois de analisadas as falas, foram selecionadas as mais objetivas. Abaixo, uma tabela com colunas mostrando os trechos da fala de cada participante, suas ideias centrais e a categoria as quais pertencem (A- Unidade de Pronto Atendimento; B- Unidade Básica de Saúde; C- Serviço Particular; D- Não respondeu).

Tabela 1 - GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 1.**Quais são os principais serviços de saúde buscados pelo grupo no município de Cajazeiras – Paraíba?**

Pessoa 6	O Sistema Único de Saúde exige que procuremos um posto de saúde adequado; A gente se sente muito constrangida; se vai na UBS não tem médico, se tem médico não tem ficha de atendimento e se tem ficha o médico diz que não vai atender , pois acabou o expediente; O meu atendimento hoje é na UPA, que eu priorizo, Você doente tem o atendimento negligenciado.	UPA, por incapacidade da APS, principalmente em relação a não prática do nome social, falta de profissionais, má territorialização, falta de humanização da equipe.	A
Pessoa 4	Vou pra UPA; na UBS tem médico que chega 9 horas; Não chega nem perto; Vem logo com ignorância.	UPA, uma vez que é mal tratado na APS.	A
Pessoa 3	Em geral, 99% de cajazeiras todinho vai pra UPA; Postos de saúde não tem profissionais; você tem uma equipe que não sabe atender LGBT; você nem passa pelo médico; O que eu faço é ir pra UPA; O PSF tem um horário e não cumpre.	UPA, pela incapacidade e limitações resolução da APS	A
Pessoa 1	Eu vou para UPA; Reclamam porque a gente deveria ter passado inicialmente pelo PSF; Não dá para atender um bairro com 17 fichas por turno; Como algumas políticas públicas de saúde são interpretadas pelos profissionais de saúde como uma coisa que está dada ao bel prazer.	UPA, pela incapacidade das UBS.	A
Pessoa 2	Vou pro Posto de saúde!	Vai pra UBS	B
Pessoa 7	A gente sente na pele a questão do desrespeito; Não frequento serviços públicos.	Serviços particulares, pela incapacidade da APS.	C
Pessoa 5	Passamos o dia todinho esperando; Ela disse só se tivesse vaga; Fizemos tudo particular.	Particular, APS nunca tem vaga.	C
Pessoa 8	Não respondeu	Não respondeu	D
Pessoa 10	Não respondeu	Não respondeu	D
Pessoa 9	Não respondeu	Não respondeu	D

Fonte: Autores

A seguir, a distribuição percentual dos participantes por categorias, mostrando que a maioria do grupo procura amparo diretamente no serviço da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), contrariando a lógica da Atenção Básica como porta de entrada. Chama atenção a quantidade de pessoas que procuram serviços particulares, sendo essa a segunda categoria mais procurada, mesmo por grupos financeiramente desfavorecidos.

Tabela 2 – GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 1.

Quais os principais serviços de saúde procurados pelo grupo no município de Cajazeiras- Paraíba?		
Categorias	Número	Frequência Relativa
A- UPA	4	40%
B- UBS	1	10%
C- Serviço particular	2	20%
D- Não respondeu	3	30%
TOTAL	10	100%

Fonte: Autores

Com ampla maioria, as IC mantiveram mais relações com a categoria A (UPA). Avaliando as ECH selecionadas, chegamos ao DSC do quadro 1.

Quadro 1 – DSC à questão norteadora 1.

Quais os principais serviços de saúde procurados pelo grupo no município de Cajazeiras- Paraíba?
<i>Eu vou para UPA. Reclamam por que eu deveria ter passado inicialmente pelo PSF, mas não dar para atender um bairro com 17 fichas por turno. Em geral, 99% de Cajazeiras todinho, vai para UPA. Na UBS o médico chega 9 horas. Não chega nem perto de mim durante o atendimento e vem logo com ignorância, além de não cumprir horário. Algumas vezes vou na UBS e não tem médico. Se tem médico, não tem ficha para atendimento e se tem ficha o médico diz que não vai atender. No PSF existem equipes que não sabem atender LGBT. Sinto-me constrangida. Algumas políticas públicas são interpretadas por profissionais de saúde como uma coisa que está dada ao bel prazer. O que eu faço é ir para UPA.</i>

Fonte: Autores

A principal queixa, a qual leva os usuários do sistema de saúde a procurarem a UPA, é a ineficiência da APS do município. As alegações para esse endosso, giram em torno de vários descatos ao funcionamento efetivo do SUS, entre eles:

- Ausência de médico em UBS;

- Limitação do número de pacientes atendidos;
- Não cumprimento de carga horária.

A maioria dos motivos parece confluir com o que atesta Gomide (2012):

A organização dos serviços de saúde da atenção básica obedece aos horários de atendimento que coincidem com o horário comercial, período em que a maioria da população trabalha. Por outro lado, a organização dos atendimentos, mediante agendamento prévio, com pouca abertura às demandas espontâneas, dificulta o acesso a essa parcela da população, o que explica a busca pelo PA, onde o atendimento é feito dentro das 24h do dia e não há dispensa de usuários, de modo que todos que o buscam, são atendidos (GOMIDE, 2012, p. 22).

Além disso, há uma queixa quanto à ausência de aplicabilidade das incumbências do poder municipal quanto à Política Nacional de Saúde Integral LGBT, como:

- Uso do nome social;
- Implantação dessa Política no Plano Municipal de Saúde;
- Práticas de educação permanente de equipes da UBS em relação a sensibilidade com a causa LGBT.

6.1.2 Quais as principais demandas levadas aos serviços de saúde?

Ao propor esse tema, foi possível compreender melhor os motivos que levam o grupo a procurar os serviços de saúde, entendendo as particularidades dessa relação. Foi considerado que mais importante do que listar demandas é tipificá-las em: Gerais e Específicas. As gerais seriam as demandas comuns ao grupo e o restante da comunidade, enquanto as específicas representam a singularidade de suas queixas, como o uso de hormônios no processo transexualizador. Mais uma vez, várias falas reafirmaram a ineficiência da AB de Cajazeiras em dar assistência às demandas gerais, comuns a toda a população, e às demandas específicas do grupo. Embora a Política Nacional de Saúde Integral LGBT ateste que “é imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde” (BRASIL, 2013, p.6), houve relatos de negação direta ao acesso de serviços públicos de saúde especializados em transexualização. Ao longo dos discursos, percebemos que apenas uma pequena parcela do grupo leva, aos serviços de saúde, demandas relacionadas à sexualidade. As falas que mais se aproximaram do tema foram selecionadas, uma vez que houve muitas digressões. Novamente selecionamos as ECH e suas IC, agrupando essas últimas em novas Categorias (A- Queixas Gerais e Específicas; B- Queixas Gerais; C- Não responderam). O resultado foi agrupado na tabela 3:

Tabela 3 – GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 2.

Quais as principais demandas levadas aos serviços de saúde?			
Pessoa 6	Já levei queixas anais na UPA e não foi resolvido nada; Quando procuro o posto de saúde buscando preservativo e gel, nunca os tem; Ele disse que não daria a solicitação para o início do processo de transsexualização.	Queixas específicas e não específicas.	A
Pessoa 1	Coisas específicas da gente que não conseguimos acessar; Nós não temos um proctologista; Já aconteceu de ter complicações simples como hemorróida; Tem que pagar 2500 reais em um procedimento cirúrgico; Eu já precisei procurar por questões bem específicas; Eu me sinto um pouco envergonhado; Se fosse no posto todo mundo ficaria sabendo; Sempre tem alguém para nos lembrar que nós devemos fazer exames; Você vai ser encarado com anormal; Ideia forte de contágio.	Há queixas específicas não suportadas pela APS; Há uma pressão especial para realização de exames de DST; Há medo de quebra no sigilo das demandas;	A
Pessoa 7	Não tem sigilo; Eu quem puxa conversa para vê se eles conversam de queixas específicas; Tem deles que não conversam; A agente de saúde deixou outras pessoas verem os exames. Não há sigilo total.	Receio de falar sobre queixas específicas.	B
Pessoa 2	Eu costumo pegar preservativos no Posto	Queixas gerais.	B
Pessoa 4	Falei que estava me urinando;	Queixas gerais.	B
Pessoa 3	O problema de Cajazeiras não é você levar o seu problema, é o medo de você levar seu problema; Não existe responsabilidade com aquilo que o médico tem de fazer; Acontece dos profissionais não terem profissionalismo e informarem à sociedade sobre as queixas que levamos; a gente fica com medo de ficar falado; Os médicos não têm aptidão de falar com a gente.	Levam apenas queixas gerais por medo de expor suas queixas específicas.	B
Pessoa 10	Não respondeu.	Não respondeu.	C

Pessoa 9	Não respondeu	Não respondeu.	C
Pessoa 8	Não respondeu	Não respondeu.	C
Pessoa 5	Não respondeu	Não respondeu.	C

Fonte: Autores

Dentre os participantes, apenas 2 integrantes costumam levar queixas relacionadas à sexualidade para os serviços de saúde. Na tabela 4, conseguimos avaliar a distribuição percentual das categorias.

Tabela 4 - GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 2.

Quais as principais demandas levadas aos serviços de saúde?		
Categorias	Número	Frequência Relativa
A - Demandas gerais e específicas	2	20%
B - Apenas queixas gerais, por medo de expor queixas específicas.	4	40%
C - Não respondeu	4	40%
TOTAL	10	100%

Fonte: Autores

A categoria que reuniu agrupou o maior número de falas foi a categoria B (Apenas queixas gerais, por medo de expor queixas específicas). Reunindo as principais expressões dessas falas chegamos ao DSC apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - DSC à questão norteadora 2.

Quais as principais demandas levadas aos serviços de saúde?
<i>O problema de Cajazeiras não é eu levar o meu problema, é o medo de eu levar meu problema. Não existe responsabilidade com aquilo que o médico tem de fazer. Não há profissionalismo. Os médicos não têm aptidão para falar comigo. Eu quem puxa conversa para vê se eles perguntam sobre minhas queixas específicas. Os profissionais informam à sociedade sobre as queixas que levo. Não há profissionalismo. Fico com medo de ficar falado. Não há sigilo. A Agente de Saúde deixou outras pessoas verem meus exames. Não há sigilo total.</i>

Fonte: Autores

A falta de ética das equipes de saúde e o medo da quebra de sigilo da consulta estão entre as principais alegações para que as queixas específicas relacionadas à sexualidade não sejam levadas aos serviços. Em algumas falas, ficou claro o receio quanto ao juízo de valor ocorrido durante as consultas. Foi citada a preocupação excessiva com exames de DST como principal demanda LGBT reconhecida pelos profissionais de saúde.

6.1.3 Como é o atendimento nos serviços de saúde procurados pelo grupo?

A proposta do tema foi uma tentativa de abordar como se dá a relação dos integrantes do grupo com os serviços de saúde. No quesito resolutividade, determinar se o atendimento é eficaz ou ineficaz. O tema foi determinante para a compreensão da aplicabilidade das políticas destinadas ao grupo, delineando novos desafios para sua efetividade. Nessa nova abordagem, em meio a ECH e IC, foram definidas três categorias (A- Ineficaz; B- Eficaz; C- Não responderam). A tabela 5 traz trechos de falas e suas ideias centrais classificadas em suas respectivas categorias.

Tabela 5 – GF com usuários: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 3.

Como é o atendimento nos serviços de saúde procurados pelo grupo?			
Pessoa 7	Parece que eles têm é nojo.	Ineficiente.	A
Pessoa 6	Não há uma saúde específica para travestis, transsexuais e lésbicas; É falta de capacitação deles mesmo; ser mal atendida, ser criticada, ser julgada e até mesmo humilhada.	Insuficiente por falta de preparo para suportar demandas específicas ou simples, principalmente por falta de humanização.	A
Pessoa 5	Passamos o dia todinho esperando quando tivesse vaga; fizemos tudo particular.	Insatisfatório principalmente pela demora	A
Pessoa 3	São pessoas despreparadas; são pessoas que na sua maioria não tem nenhuma noção de saúde; Existe também a politicagem; o município de Cajazeiras não se adapta ao uso do nome social.	Insuficiente principalmente pela equipe não saber lidar com as questões específicas dos LGBT, como nome social, além do serviço ser influenciado pela política.	A
Pessoa 1	A saúde é precária; eles pulam a questão da identidade de gênero; Não entendem que é uma coisa obrigatória; Serviço de atendimento à saúde para	Insatisfatório por não ser universal e integral. Apresentando barreiras como inaplicabilidade	A

	homossexuais nas cadeias é quase zero; era uma coisa que tinha julgamento moral embutido.	do nome social e desassistência com a população prisional.	
Pessoa 10	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Pessoa 9	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Pessoa 8	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Pessoa 4	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Pessoa 2	Não respondeu.	Não respondeu.	C

Fonte: Autores

Nenhuma pessoa do grupo julgou o atendimento dos serviços de saúde de Cajazeiras satisfatório. Embora metade do grupo não tenha opinião manifesta, mantinha postura de comunhão em relação à fala dos que opinaram. Segue na tabela 6 a distribuição percentual segundo as categorias:

**Tabela 6 - GF com usuários: Distribuição de categorias para questão norteadora 3.
Como é o atendimento procurado nos serviços de saúde procurados pelo grupo?**

Categorias	Número	Frequência Relativa
A – Insatisfatório	5	50%
B - Não respondeu	5	50%
TOTAL	10	100%

Fonte: Autores

Avaliando o discurso das falar que giraram em torno da insatisfação, chegamos ao DSC do quadro 3.

Quadro 3 – DSC à questão norteadora 3.

Como é o atendimento nos serviços de saúde procurados pelo grupo?
<i>A saúde é precária. São profissionais despreparados, que, na maioria das vezes, não têm nenhuma noção de saúde. Parece que têm nojo. Não há uma saúde específica para: travestis, transexuais e lésbicas. O município de Cajazeiras não se adapta ao uso do nome social. Eles pulam a questão da identidade de gênero, não entendem que é uma coisa obrigatória. É uma coisa que tem julgamento moral embutido. Sinto-me mal atendida, sacrificada, julgada e até mesmo humilhada. O serviço de atendimento à saúde para homossexuais na cadeia é quase zero.</i>

Fonte: Autores

As falas não trouxeram muitos elementos novos sobre as relações com os serviços de saúde, uma vez que resgataram elementos explicitados nos primeiros temas. De uma maneira geral, a insatisfação gira em torno da falta de estrutura material e humana. Ao incitarmos sobre a aplicabilidade da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, novamente, a não aplicabilidade do nome social nos serviços de saúde foi o principal apontamento, ainda que outros aspectos relevantes dessa política não sejam realidade em Cajazeiras.

6.2 Grupo Focal com a equipe da Unidade Básica de Saúde - PAPS

Esse grupo ocorreu nas próprias dependências da UBS, em uma sala destinada a reuniões da equipe. O clima era de tranquilidade e o entrosamento da equipe era claramente perceptível desde a organização da sala ao colocar das opiniões. Estavam presentes representantes de toda equipe, desde a médica às ACS, predominantemente mulheres, exceto pela presença de um acadêmico de medicina que estava em seu estágio curricular obrigatório. Durante as primeiras perguntas as falas eram basicamente restritas à médica e ao estudante de medicina, mas após alguns minutos os demais participavam ativamente, contudo uma das pessoas se manteve calada durante todo o GF.

6.2.1 Quais as principais demandas dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?

Após a primeira pergunta, as falas se deram de forma tímida e os participantes pareceram não reconhecer muito bem o público LGBT dentre as rotinas da UBS. Os comentários se iniciaram com a participação da enfermeira da unidade e após isso os demais membros da equipe em concordância reconheceram demandas relacionadas às DST e demandas não específicas, os discursos nos permitiram definir 3 categorias (A - Demandas

relacionadas às DST; B – Demandas específicas do usuário LGBT mas não identificadas; C – Não respondeu.).

Tabela 7 – GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 4.

Quais as principais demandas dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?			
Trabalhador 4	Nós tivemos mais contato realmente foi com relação a DST.	Demanda relacionada a DST.	A
Trabalhador 1	Todos que procuraram, sem exceção, foram porque tinham uma demanda DST; Para mim foi mais DST mesmo, às vezes os usuários vem com outras queixas, mas principalmente relacionadas à DST.	Queixas sobre DST; Queixas específicas; Queixas inespecíficas.	A
Trabalhador 2	Eles têm outras demandas; Eles têm dificuldade de adentrar no sistema; Com certeza têm outras demandas.	LGBT têm demandas não identificadas.	B
Trabalhador 3	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Trabalhador 6	Não respondeu.	Não respondeu.	C
Trabalhador 5	Eu já atendi pra fazer um curativo e uma retirada de ponto.	Outras queixas.	D

Fonte: Autores

Segue na tabela 8 a tabulação dos discursos segundo o percentil das categorias, na qual se destaca o reconhecimento por parte da equipe quanto a demandas relacionadas às DST. O reconhecimento de demandas específicas da comunidade LGBT, segundo as falas, é insipiente uma vez que há uma dificuldade na identificação desse público, seja por inabilidade da equipe ou pelas informações dos pacientes.

Tabela 8 - GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 4.

Quais as principais demandas de saúde dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?		
Categorias	Número	Frequência Relativa
A – DST	2	33,3%
B – Desconhecem	1	16,67%
C - Não respondeu	2	33.3%
D – Queixas gerais	1	16,67%
TOTAL	6	100%

Fonte: Autores

O GF dos trabalhadores de saúde, em sua maioria, reconhece às DST como principal queixa LGBT levada aos serviços. O Quadro 4 traz o DSC a respeito dessa alegativa:

Quadro 4 – DSC à questão norteadora 4.

Quais as principais demandas de saúde dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?
<i>Eu tive mais contato realmente foi com relação a DST. Para mim foi mais DST mesmo. Às vezes os usuários vêm com outras queixas, mas principalmente relacionadas a DST. Todos que procuram, sem exceção, foram por que tinham uma demanda DST.</i>

Fonte: Autores

O DSC extraído reporta a correlação direta, por parte da equipe quanto às demandas desse grupo, em torno das DST, contudo as falas reforçam ainda a barreira de acesso existente na dificuldade de identificar demandas específicas uma vez que desconhecem sua existência.

6.2.2 Quais as dificuldades de acesso percebidas pela equipe ao atendimento de usuários?

As falas da equipe revelaram o distanciamento entre a comunidade LGBT e a rotina da UBS. Surgiram falas que relatando pouca demanda dessa clientela e quase inexistência de acompanhamento longitudinal desses usuários no serviço. As categorias das ideias centrais

analisadas são quatro (A - Dificuldade de identificarem o grupo LGBT; B – Desconhecem; C – Medo de preconceito D – Não respondeu).

Tabela 9 – GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 5.

Quais as dificuldades de acesso percebidas pela equipe ao atendimento de usuários LGBT?				
Trabalhador 1	A demanda é pouca; conta-se nos dedos as pessoas que se identificam homossexuais; eles vêm com a queixa do atendimento e engasgam na hora de falar “sou homossexual”; eles tentam esconder da ACS o fato de serem homossexuais; eles tem medo da rejeição da comunidade; eles tem medo que as ACS comentem com outras pessoas.	Dificuldade de identificarem-se homossexuais; Conflito com a presença da ACS como representante do sistema de saúde e ao mesmo tempo membro da comunidade e o juízo de valores.	de	A
Trabalhador 3	A gente não conseguiu acompanhar nenhum paciente nessa área e dar continuidade não.	Não identifica paciente com esse perfil.		B
Trabalhador 2	Não acompanhei nenhum paciente que se identifique LGBT.	Dificuldade na identificação do grupo LGBT na comunidade;		B
Trabalhador 4	Medo do preconceito.	Medo de preconceito; ACS tem dificuldade de identificar pacientes LGBT		C
Trabalhador 6	Não respondeu.	Não respondeu.		D
Trabalhador 5	Deveria partir dos próprios usuários se identificarem como público LGBT.	Transfere a responsabilidade da demanda de acesso ao paciente.		A

Fonte: Autores

Pela tabela 10 podemos observar a distribuição percentual das categorias ligadas a esse tema.

Tabela 10 - GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 5.

Quais as dificuldades (barreiras) de acesso percebidas pela equipe no atendimento de usuários LGBT?		
Categorias	Número	Frequência Relativa
A – Identificação do público LGBT	2	33.33%
B – Desconhecem	2	33.33%
C – Medo de preconceito	1	16,67%
D – Não respondeu	1	16.67%
TOTAL	6	100%

Fonte: Autores

De forma geral, a equipe refere que as dificuldades de acesso, de forma mais ampla, se dão pela não identificação do usuário como LGBT. Reconhecem que identificar a sexualidade da clientela não é uma prática da equipe, sendo sua atribuição um interesse dos pacientes. Logo, se o anonimato da minoria LGBT é uma barreira de acessibilidade, a responsabilidade disso é transferida interinamente para esses usuários. Essas ideias são facilmente atestadas no DSC do quadro 5.

Quadro 5 – DSC à questão norteadora 5.

Quais as dificuldades (barreiras) de acesso percebidas pela equipe no atendimento de usuários LGBT?
<i>A demanda é pouca. Eu conto nos dedos as pessoas que se identificam como homossexuais. Eles vêm com a queixa do atendimento e engasgam na hora de falar. Eu sou homossexual. Eles tentam esconder da própria Agente de Saúde o fato de serem homossexuais. Eles têm medo de que elas comentem com outras pessoas. Eles têm medo da rejeição da comunidade.</i>

Fonte: Autores

6.2.3 A equipe se sente segura e capacitada para atender às demandas de saúde desses usuários?

Nesse momento ocorre uma unanimidade de respostas, praticamente espontâneas e concomitantes. Surge aqui, praticamente duas categorias(A – Sente-se despreparado; B – Não responderam).

Tabela 11 – GF com equipe da UBS PAPS: ECH, IC e categorização de respostas para questão norteadora 6.

A equipe se sente segura e capacitada para atender as demandas de saúde desses usuários?			
Trabalhador 3	Não.	Sente-se despreparado.	A
Trabalhador 5	Não.	Sente-se despreparado.	A
Trabalhador 4	Não.	Sente-se despreparado.	A
Trabalhador 2	Esse é um assunto que a gente não tem muito contato; é uma questão que não tem visibilidade; tenho dificuldade.	Insegurança e despreparo.	A
Trabalhador 1	Isso não faz parte da nossa rotina; A gente não se sente preparado; A gente vai muito no improviso; Eu não sei como orientar a questão de prevenção; Não foi passado para a gente na faculdade, não sei nada especificamente; Acabo deixando alguns assuntos de lado porque eu nem sei orientar.	Insegurança e falta de conhecimento ao tratar do assunto.	A
Trabalhador 6	Não respondeu.	Não respondeu.	B

Fonte: Autores

A equipe de saúde revela o sentimento de insegurança e despreparo para o atendimento às demandas específicas dos usuários LGBT, como atesta a tabela 12. No discurso percebe-se a ausência desse assunto na formação profissional, por parte dos diferentes setores de profissionais, e a insegurança ao tratar do tema durante os atendimentos, fazendo com que sejam deixadas algumas questões de lado por insegurança na condução de algumas queixas. Outro ponto relevante foi a marginalização dessa questão ante as demandas priorizadas pelo atendimento baseado em uma avaliação de metas. A rotina da unidade não permite acesso com equidade aos seus usuários.

Tabela 12 - GF com equipe da UBS PAPS: Distribuição de categorias para questão norteadora 6.

A equipe se sente segura e capacitada para atender às demandas de saúde específicas desses usuários?		
Categorias	Número	Frequência Relativa
A – Não, se sente despreparado	5	83.33%
B – Não respondeu	1	16.67%
TOTAL	6	100%

Fonte: Autores

Mesmo sem a clareza do conhecimento sobre demandas específicas das minorias LGBT, há uma sensação de despreparo evidenciado nas falas do tema, como destaca o DSC do quadro 6:

Quadro 6 – DSC à questão norteadora 6.

A equipe se sente segura e capacitada para atender às demandas de saúde específicas desses usuários?
<i>Não. Esse é um assunto que eu não tenho muito contato. É uma questão que não tem muita visibilidade. Tenho dificuldade. Isso não faz parte da minha rotina. Não me sinto preparado. Vou muito no improviso. Não me foi passado nada na faculdade. Não sei nada especificamente. Acabo deixando alguns assuntos de lado por que não sei orientar.</i>

Fonte: Autores

6.3 Aprofundando algumas questões

6.3.1 Fragilidade dos serviços de Saúde em Cajazeiras

Os desafios vivenciados na estruturação do SUS refletem a realidade do acesso às políticas públicas brasileiras, revelando a discrepância entre as diferentes regiões brasileiras e as crescentes dificuldades existentes a medida que a realidade se afasta do litoral no sentido do interior do país. Em Cajazeiras, Alto Sertão paraibano, a fragilidade de estruturação de serviços de saúde e correta fixação de profissionais cria grandes hiatos entre a realidade de serviços oferecidos a essa população e a proposta de alcance do SUS. O reduzido número de profissionais e a fixação inadequada das equipes de saúde na atenção primária criam uma demanda de atendimento que erroneamente vem sendo drenada para atenção secundária e terciária em que a proposta de atendimento não garante longitudinalidade, enfraquecendo o vínculo desses usuários com o serviço, refletindo em um acompanhamento muito aquém das suas demandas.

De forma massiva, o atendimento estruturado nas UBS se alicerça no cumprimento de uma agenda de ações que valoriza demasiadamente os atendimentos aos grandes grupos de usuários, hipertensos, diabéticos, puericultura e acompanhamento pré-natal, sendo a avaliação desses programas baseada em metas de atendimento, sobrecarregando a equipe com esses grupos de usuários, gerando a marginalização do atendimento às demandas específicas das minorias sociais, e aqui destacamos os usuários LGBT.

A falta de suporte para implementação de políticas públicas para esse grupo gera um ciclo de insatisfação no atendimento e alimenta a penumbra dessas demandas ante o serviço de saúde. Demandas reais desses usuários permanecem esquecidas nas discussões entre equipes de saúde, no meio acadêmico e nos espaços de pós graduação, mantendo todos seus aspectos, desde o reconhecimento desses usuários, à garantia dos seus direitos legais, tornando a questão sujeita à tabus sociais.

As equipes de saúde, representadas por sua totalidade de profissionais relatam inabilidade no atendimento desses pacientes, afirmando dificuldades no reconhecimento desses usuários na unidade, pouca prática nas ferramentas de abordagem inicial de suas demandas e assumem imperícia na condução das demandas que surgem nos atendimentos. O reconhecimento dessas fragilidades somado à sobrecarga de demandas pré-formatadas para o cumprimento de metas marginaliza os usuários LGBT nos serviços de saúde tal qual na sociedade.

6.3.2 Medo

Tal como nos demais setores sociais, os usuários LGBT dos serviços públicos de saúde são vítimas da violência da equipe de atendimento, tal ato reflete a não garantia dos direitos legais já conquistados, assim como na permanência dessas pessoas à margem dos demais grupos de usuários. Representando uma minoria, os usuários LGBT continuam sendo submissos aos valores heteronormativos da sociedade e cerceados do acesso a um atendimento digno às suas demandas. Tamanha pressão faz com alguns oprimidos absorvam esses valores sociais e se vejam de forma negativa “quando o estereótipo é muito forte ou pernicioso, membros do grupo alvo tendem a aceitá-lo e incorporá-lo à sua autoimagem, fazendo com que sentimentos negativos com relação à própria orientação sexual sejam generalizados para o *self* como um todo” (NUNAN; JABLONSKI; FÉRES-CARNEIRO, 2010, p. 256).

Juízo de valores nas consultas e visitas domiciliares de ACS, falta de sigilo às queixas trazidas à UBS e constrangimentos criados pela falta de capacitação da equipe, são referidas pelos usuários como fator de insegurança ao identificarem-se como LGBT. Quando abordadas peculiaridades nos hábitos de vida desses usuários, o atendimento se dá de forma indireta e muitas vezes superficial, resumindo o atendimento aos exames de sorologias virais e à distribuição de preservativos. Essa prática reforça o já ultrapassado conceito de grupos de risco. Tal rótulo, criado há bastante tempo se perpetua pela superficialidade no entendimento desses usuários e seus hábitos de vida, provando a urgência na reformulação dessa realidade a começar pelo reconhecimento de suas demandas e na capacitação das equipes de saúde.

6.3.3 Impraticabilidade das Políticas Nacionais para LGBT

De forma geral, observamos que o serviço público vem implementando em suas rotinas de atendimento os programas já estabelecidos pelo Ministério da Saúde e voltados aos usuários LGBT, contudo de forma lenta. Esse atraso na reformulação do atendimento mantém esse grupo sem o acesso adequado aos serviços, representando uma barreira importante a ser vencida. O desconhecimento dos direitos já adquiridos por parte da equipe e também dos próprios usuários em alguns casos, reforçam ainda mais o distanciamento à resolutividade de suas demandas.

Manter a discussão dessa questão resumida à garantia do nome social no cartão do SUS é extremamente limitado ante a profundidade de demandas que envolvem esse cenário. Atender os anseios dos usuários LGBT que procuram os serviços de saúde significa, melhorar a formação dos profissionais da rede ofertando educação continuada e garantir discussões

adequadas no ambiente acadêmico. Essas ações ajudariam na superação os tabus sociais dessa temática e serviriam de contraponto ao preconceito no ambiente dos serviços de saúde. Sem tais iniciativas é ineficaz qualquer proposta de acolhimento efetivo dessas demandas. A realidade das necessidades das minorias sociais merece destaque e representa uma forte ferramenta na busca por redução das discrepâncias de direitos e de acesso à população brasileira em sua pluralidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política Nacional de Saúde LGBT, apesar de representar um marco na conquista de direitos da comunidade LGBT, encontra vários obstáculos à sua prática efetiva. Em cidades como Cajazeiras – PB, onde o SUS está longe de suprir as necessidades básicas da população, como acesso pleno ao atendimento médico e a medicações, a lógica de implementação dessa política é insignificante. Há ainda uma resistência social que agrava toda essa situação. A heteronormatividade contribui com a negação dos direitos políticos desses grupos em vários âmbitos, entre eles gerência municipal, meio acadêmico, dinâmica social.

Por parte dos órgãos da gerência municipal, há uma dificuldade de pautar uma agenda voltada às minorias LGBT, principalmente pela heteronormatividade fomentar a pouca visibilidade social desses grupos. Nem a existência de organizações que fazem frente a essa negligência, como o Grupo LGBT de Cajazeiras, torna a aplicabilidade dessa política razoável.

Cajazeiras possui vários cursos na área da saúde, como: medicina, enfermagem, técnico de enfermagem e outros. Os debates em suas disciplinas seguem centrados no binômio homem/mulher. As consequências desses currículos tradicionais recaem principalmente na grande quantidade de profissionais despreparados e, muitas vezes, inaptos a tratar da saúde LGBT. Além da desqualificação curricular, a pesquisa científica e a extensão universitária em torno dessa população são muito incipientes e quase não existem. Desse modo, o meio acadêmico compromete seu potencial de transformação social.

Por tratar-se de uma cidade interiorana, com valores sociais conservadores, há uma resistência importante na aceitação dos direitos de uma comunidade que tradicionalmente é marginalizada. Essa resistência é silenciosa, velada e enraizada em diversos seguimentos da cidade, participando da construção de cada indivíduo ali nascido, inclusive de indivíduos da comunidade LGBT. Isso fica bem atestado na fala de um usuário do grupo LGBT, o qual afirmou sentir vergonha de precisar do serviço de saúde do município.

Esse trabalho expõe uma realidade complexa, com agentes diferentes e variados, dignos de compreensão. Há muito a ser assimilado e construído em relação à saúde pública, mais ainda em relação à saúde LGBT. Diante de tantos aspectos abordados em relação ao tema, seguimos em consonância como pensamento de João Antônio Mascarenhas, importante militante das causas LGBT.

Não temos a ingenuidade de imaginar que, de um momento para o outro, só o fato da inclusão, na Constituição Federal, da expressão ‘orientação sexual’ venha fazer com que, de uma penada, a discriminação desapareça. Não,

longe disso. O que queremos com isso é fazer com que o oprimido se sinta juridicamente habilitado a lutar pelo respeito dos seus direitos, nem mais, nem menos (MASCARENHAS, 1988 apud HOWES, 2003, p. 303).

A construção da política nacional de saúde integral LGBT não combate o preconceito, mas é o substrato para suas vítimas lutarem por direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALOS, Anselmo Peres. Não contar a ninguém ou contar a todo mundo?: colapsos da masculinidade em No se lo digas a nadie. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2013000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2014.

ANJOS, Gabriele dos. Identidade sexual e identidade de gênero: subversões e permanências. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 4, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222000000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL. Comissão Provisória de Trabalho do Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção de Cidadania Homossexual**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: 2013.

CHOERI, Raul Cleber as Silva. **O Conceito de Identidade e a Redesignação Sexual**. Rio de Janeiro: Renovar, 2004.

DSCSOFT, versão 1.0. [S.l.]: Online. Disponível em: <<http://www.tolteca.com.br/>>. Acesso em: 4 de jul de 2016.

FACCHINI, Regina. Movimento homossexual no Brasil: reconstituindo um histórico. **Cadernos AEL**, São Paulo, v.10, n 19/19, 2003.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2001

GIAMI, Alain. **A medicalização da sexualidade. Foucault e Lantéri-Laura: história da medicina ou história da sexualidade?**. Physis, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 259-284, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Ago. 2016.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; TELLES, Kátia da Silva; ROBALLO, Evelyn de Castro. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: Produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Ver Enferm**, Brasil, 13 (4), p. 857-862, Out-Dez. 2009.

GOMIDE, Mariana Figueiredo Souza; PINTO, Ione Carvalho; FIGUEIREDO, Luana Alves de. Acessibilidade e demanda em uma Unidade de Pronto Atendimento: perspectiva do usuário. **Actapaul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. spe2, p. 19-25, 2012 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 Ago. 2016.

HOWES, Robert. João Antônio Mascarenhas (1928- 1998): pioneiro do ativismo homossexual do Brasil. **Caderno AL**, São Paulo, v-10, n 18/19, 2003.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250370>>. Acesso em: 23 de julho de 2016.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientação sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgênicos para formadores de opinião. Brasília, 2012.

LAURELL, Asa Cristina. La salud-enfermedad como proceso social. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, v. 2, p. 7-25, 1982.

LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2009 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_>. Acesso em: 18 de jun de 2016.

LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 49, 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_. 13 de Ago de 2016.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Oct.2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 04 Jan.2016.

MELLO, Luiz; AVELAR, Rezende Bruno de; MAROJA, Daniela. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. **Soc. estado.**, Brasília , v. 27, n. 2, ago.

2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 9,n. 3,set. 1993 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 ago. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22,n. 1,mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2014.

NUNAN, Adriana; JABLONSKI, Bernardo; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. O preconceito sexual internalizado por homossexuais masculinos. **Interação psicologia**, Rio de Janeiro, 14(2), 2010.

OLIVEIRA, Rosana Medeiros de; DINIZ, Debora. Materiais didáticos escolares e injustiça epistêmica: sobre o marco heteronormativo **Educ. Real.**, Porto Alegre , v. 39,n. 1,mar. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362014000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2014.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 29,n. 4,ago. 1995 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 16 ago.2014.

RIZZINI, Irma. **Pesquisando**: guia de metodologias da pesquisa para programas sociais. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária, 1999.

TEIXEIRA, Carmen. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde**, Salvador, jun. 2011.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

APENDICES

APENDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O presente estudo intitulado “Relação da comunidade LGBT com os serviços de saúde pública no município de Cajazeiras – Paraíba: Qualidade e condições de acesso” tem como objetivo principal conhecer a relação da comunidade LGBT com os serviços de saúde pública existentes no município de Cajazeiras na Paraíba.

Trata-se de um estudo que faz parte da conclusão do curso de medicina, que será apresentado pelos alunos Marcus Renan Ximenes Frota e Samer Heluany Khoury.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário e os envolvidos poderão interrompê-la em qualquer momento do mesmo. Os envolvidos na pesquisa contribuirão através de sua participação em grupos focais organizados pelos pesquisadores. As informações coletadas serão utilizadas com fim exclusivo de obter dados para o estudo. Toda divulgação referente aos resultados da pesquisa manterá o critério de sigilo rigoroso da identidade dos participantes.

As possibilidades de riscos ou desconforto para os participantes são mínimas. Caso ocorram, o participante deverá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, que tomarão os procedimentos necessários para atendimento e acompanhamento do caso. Embora não estejam previstos benefícios diretos da participação, ela contribuirá para um maior conhecimento do tema e melhora dos serviços a ele relacionados.

O participante também está livre de qualquer ônus referente à pesquisa, cujo financiamento corresponde às pesquisadoras responsáveis. Caso ocorram danos comprovadamente decorrentes da participação nesta pesquisa, fica assegurado ao participante o direito à indenização.

Durante qualquer fase da pesquisa, poderão ser obtidos esclarecimentos através do contato com as pesquisadoras responsáveis:

Sofia Dionizio Santos

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 996898005

e-mail: psycosofya@hotmail.com

Marcus Renan Ximenes Frota

Endereço: Rua Oriano Mendes, 289, Centro, Sobral - CE

Telefone: (83) 96286446

e-mail: renanxfrota@gmail.com

SamerHeluanyKhoury

Endereço: Rua Carolina Sucupira, 1478, apartamento 601, Aldeota, Fortaleza-CE

Telefone: (85) 88974363

e-mail: samerheluany@hotmail.com

Esclarecimentos também poderão ser obtidos através do Comitê de Ética responsável pela autorização desta pesquisa:

Comitê de Ética em Pesquisa do CFP/UFCG

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N, Cajazeiras-PB

Telefone: (83) 3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

AUTORIZAÇÃO:

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do qual recebi uma cópia, declaro que autorizo minha participação neste estudo, pois fui informado(a) de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre a natureza e finalidade da pesquisa, assim como sobre os temas que serão abordados nos grupos focais.

Assinatura do (a) pesquisador (a) _____

Assinatura do (a) entrevistado (a) _____

Cajazeiras (PB), ___ de _____ de 20__.

APÊNDICE B

RELAÇÃO DA COMUNIDADE LGBT COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS – PARAÍBA: QUALIDADE E CONDIÇÕES DE ACESSO

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS (LGBT)

1. Quais são os principais serviços de saúde buscados por vocês aqui no município de Cajazeiras – PB?
2. Quais os motivos que fazem buscar por esses serviços?
 - Prevenções
 - Acompanhamento longitudinal
 - Queixas pontuais
 - Queixas específicas do grupo
 - Motivos pelo quais evitam buscar o serviço
3. Como acontece o atendimento nesses locais?
 - Primeiro contato
 - Acolhimento
 - Sala de espera
 - Atendimento pelos profissionais de Saúde
 - Acompanhamento das suas demandas

ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS (EQUIPE UBS)

1. Quais as principais demandas de saúde dos usuários que se identificam LGBT percebidas pela equipe de saúde?
 - Prevenção
 - Acompanhamento Longitudinal
 - Queixas Pontuais
 - Queixas específicas do grupo
2. Quais as dificuldades de acesso percebidas pela equipe ao atendimento desses usuários?
 - Acolhimento
 - Sala de Espera
 - Reconhecimento das demandas específicas desses usuários
3. A equipe se sente segura e capacitada para atender as demandas de saúde específicas desses usuários?
 - Prevenção (a equipe se sente preparada para prestar essa atenção? Métodos de prevenção de DST nas diversas modalidades de sexo que compõem o comportamento desses usuários)

- Riscos profissionais (tendo como perspectiva a realidade de profissionais do sexo presentes no grupo)
- Orientação comportamental e de hábitos de vida