

DIAGNOSTICANDO A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SÃO JOÃO DEL- REI:

Análise dos Principais Mitos sobre a População LGBTQIA+

Cíntia Catão

*Graduanda de Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Dom Bosco.
cintiacatao@gmail.com*

Giovanna Garcia de Oliveira

*Graduanda de Medicina na Universidade Federal de São João del-Rei – Campus Dom Bosco.
giovannagoliveira17@gmail.com*

Sheila Ferreira Miranda

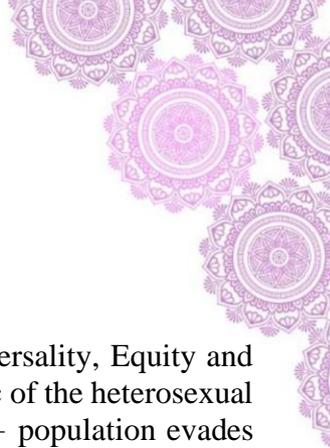
*Professora do Departamento de Psicologia (Área Social) da Universidade Federal da Universidade
Federal de São João del-Rei – Campus Dom Bosco.
sheilamirandaufsj@gmail.com*

Simpósio Temático nº 37 – SAÚDE COLETIVA E ESTUDOS QUEER

RESUMO

O Brasil possui um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como princípios básicos a Universalidade, a Equidade e a Integralidade (CERQUEIRA-SANTOS *et al*, 2010); no entanto, ele está construído na lógica da matriz social heterossexual e excludente (SCHWADE, 2010). Com isso, ocorre evasão da população LGBTQIAP+ do Sistema por esta sofrer ações de discriminação e violência nos serviços. O trabalho teve como objetivo realizar um diagnóstico situacional das falas preconceituosas das equipes de saúde das 11 Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da cidade de São João del-Rei e seus distritos com fito de conscientização. Foram realizadas oficinas de grupo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os técnicos das UBSs visitadas, guiadas por disparadores e um questionário anônimo. Por meio das avaliações desses encontros, as falas dos profissionais de saúde foram agrupadas em quatro categorias mais recorrentes durante as intervenções: (1) a performatividade (BUTLER, 2015) pré-concebida de gêneros; (2) questionamentos acerca de como lidar quando as crianças fogem à heteronormatividade compulsória, por vezes associando tal fato à influência midiática ou de terceiros; (3) a relação de traumas na infância ou na vida adulta com o se assumir LGBTQIAP+; (4) a bissexualidade como “doença”, “perversão”, associada a traições. Esses marcadores servem a demonstrar que o entendimento dos ACSs e técnicos das equipes de saúde é insatisfatório, precarizando o acolhimento e o cuidado dos sujeitos LGBTQIAP+ e dificultando o acesso destes ao Sistema. Assim, é preciso pensar soluções factíveis para que esses sujeitos possam se apropriar de seus processos saúde-doença.

Palavras-chave: Minorias Sexuais e de Gênero. Gênero e Saúde. Atenção Integral à Saúde.



ABSTRAT

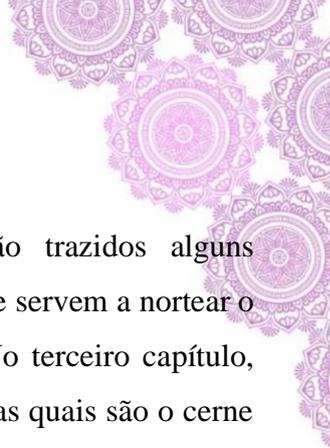
Brazil has a Unified Healthcare System in which the basic principles are Universality, Equity and Integrality (CERQUEIRA-SANTOS *et al*, 2010); however, it is built on the logic of the heterosexual and excluding social matrix (SCHWADE, 2010). As a result, the LGBTQIAP+ population evades from the System, for they suffer from discrimination and violence in the services. This work aimed to perform a situational diagnosis of the prejudiced speeches of the healthcare teams of the 11 Basic Health Units (BHUs) in the city of São João del-Rei and its districts focusing on raising awareness. Group workshops were held with Community Healthcare Agents (CHAs) and technicians from the visited BHUs, guided by prompts and an anonymous questionnaire. Through the evaluations of these meetings, the statements of the healthcare professionals were grouped into four categories that were most recurrent during the interventions: (1) the preconceived performativity (BUTLER, 2015) of genders; (2) questions about how to deal when children do not follow the norms of compulsory heteronormativity, sometimes associating this fact with media or others influence; (3) the correlation of trauma in childhood or adulthood with coming out as LGBTQIAP+; (4) bisexuality as “illness”, “perversion”, and being associated with disloyalty. These markers demonstrate that the understanding of the CHAs and technicians from the healthcare teams is unsatisfactory, making the reception and care of the LGBTQIAP+ subjects precarious and hindering their access to the System. Thus, it’s necessary to think of feasible solutions so that these subjects can take ownership of their own health-disease process.

Keywords: Gender and sexual minority. Gender and Health. Integral Health Care.

1 INTRODUÇÃO

Frente às crescentes discussões sobre temáticas LGBTQIAP+, é preciso que se volte o olhar para os indivíduos que compõem tal grupo de modo a não apenas melhor entender as demandas que eles trazem, como também garantir plenitude de direitos a esses cidadãos. Pensando nisso e levando em consideração as políticas sociais que estão presentes no Brasil, cabe indagar se estas são suficientes para a adesão desses sujeitos na rede, de quais maneiras é possível se fazer cumprir as legislações existentes e como se poderia conscientizar a população.

O lugar de luta ocupado há décadas pelo grupo LGBTQIAP+ trouxe à luz um tema considerado tabu pela sociedade – a LGBTQIAP+idade – e garantiu diversas melhorias de vida a essa parcela da população, inclusive no campo da saúde.



Na divisão do trabalho, inicialmente, são trazidos alguns conceitos importantes em Saúde Coletiva que servem a nortear o desenvolvimento do tema aqui abordado. No terceiro capítulo, aborda-se questões de sexualidade e gênero as quais são o cerne da pesquisa. No quarto capítulo, detalha-se a metodologia escolhida. No quinto capítulo, discute-se os resultados obtidos ao longo do trabalho e faz-se uma análise das consequências do que se observou para os atendimentos. Por fim, tem-se a conclusão, em que se encerra as ideias debatidas.

Para embasar a construção deste trabalho, foram utilizados teóricos que abordam assuntos da temática queer, a saber: Judith Butler e Guacira Lopes Louro, a fim de corroborar com a argumentação defendida pelas autoras.

A definição da metodologia a ser utilizada foi fundamentada principalmente por Uwe Flick e Maria Lúcia M. Afonso, com o objetivo de melhor delinear os passos a serem tomados na condução do projeto.

2 A SAÚDE LGBTQIAP+ NO SUS NO CENÁRIO ATUAL

No Brasil, existem políticas de inserção de diversos grupos minoritários a campos de direitos de todos, garantidos em Constituição, como saúde e educação. Muitos advogam contrariamente a essas políticas, argumentando que os direitos são para todos e que “somos todos iguais”. Entretanto sabe-se que o Brasil é atravessado por diversos vieses que perpassaram e ainda perpassam a história de construção deste país e que colocam sujeitos à margem de direitos sociais. As Ciências Sociais e Humanas e a Ciência da Saúde têm estudado essas diferenças há muitos anos e embasam o fato de que o atendimento à população, para ser pleno, precisa ser moldado às demandas específicas de cada grupo marginalizado.

Partindo-se deste pressuposto, então, ao longo dos anos, algumas políticas foram implementadas de forma a melhorar e abranger o escopo do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a garantir que haja a inserção de todos e que os direitos sociais sejam respeitados

A *priori*, é preciso notar que o SUS tem como base princípios norteadores para o funcionamento de seus atendimentos: universalidade, integralidade e equidade. O primeiro pressupõe que, além de ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado, há o desafio da oferta de “serviços e ações de saúde a todos que deles necessitem, todavia, enfatizando a (sic) ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos” (BRASIL, 2000). O segundo implica “que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação à população” (BRASIL, 2000), garantido o atendimento à totalidade do indivíduo e às suas demandas. Por fim, o terceiro visa a “reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país”, assegurando adaptação de atendimento na medida das diferenças individuais de cada um, a fim de torná-lo mais justo.

Para mais, pode-se citar a Política Nacional de Humanização – PNH – também conhecida como HumanizaSUS. Com o objetivo de colocar em comunicação os três atores principais do SUS – usuários, trabalhadores e gestores – para promover mudanças no sistema a fim de incluir as diferenças nos processos de cuidado, a política surge em 2003, trazendo transformações “construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada” (BRASIL, 2013a). A partir de princípios e diretrizes que preveem o contato entre as diferenças, a sustentação de relação entre os atores por meio do acolhimento, a propiciação de espaços promotores de mudanças, a defesa dos direitos dos usuários, a valorização dos trabalhadores e, principalmente, o respeito à especificidade de cada sujeito com suas demandas próprias no processo de saúde/doença – tudo isso entreposto por transversalidade, protagonismo e corresponsabilidade –, a PNH preconiza a rede HumanizaSUS, que surge para garantir que o atendimento seja sempre e cada vez mais humanizado.

Ademais, pode-se observar que, nas últimas décadas, vêm crescendo as políticas de saúde para a população LGBTQIAP+, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, como uma tentativa de dirimir as questões inerentes a essa comunidade. Essa política visa a reconhecer as idiossincrasias dessa população, em resposta à condição de vulnerabilidade em que esta se encontra. Partindo de um movimento contrário à visão apenas sanitária da saúde, esse documento proclama a promoção de saúde integral aos LGBTQIAP+, com o intuito de aprimorar o sistema, “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, 2013b); além disso, levanta questões que trazem a humanização do SUS à discussão:

Compreender a determinação social no dinâmico processo saúde-doença das pessoas e coletividades requer admitir que a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, bem como da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura interferem, diretamente, na qualidade de vida e de saúde. Requer também o reconhecimento de que todas as formas de discriminação, como no caso das homofobias que compreendem lesbofobia, gayfobia, bifobia, travestifobia e transfobia, devem ser consideradas na determinação social de sofrimento e de doença. (BRASIL, 2013b).

Assente nesses pontos, portanto, é plausível reconhecer esforços governamentais de inserção da população LGBTQIAP+ nos Sistema Único de Saúde. Porém cabe perguntar: seria essa diligência suficiente para a adesão desses indivíduos ao sistema?

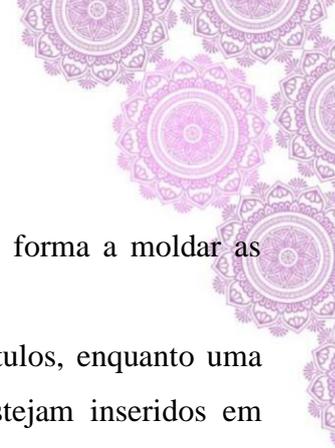
3 A EXISTÊNCIA DE CORPOS LGBTQIAP+

Ao longo da história, corpos LGBTQIAP+ viveram – e ainda vivem – momentos sombrios de silenciamento, de marginalidade, de salvaguarda. Esses indivíduos, que sempre estiveram presentes nas sociedades, lutaram e lutam por espaço, visibilidade, voz, por seus direitos. A lida por uma sociedade mais inclusiva – que teve um pico de ascensão nos anos 1960 – torna-se cada dia mais necessária, uma vez que, apesar de diversas conquistas, há sempre enfrentamentos no que toca a esse grupo.

3.1 Sexualidade e identidade

Em seu livro *O corpo educado – Pedagogias da sexualidade* (2000), a autora e organizadora Guacira Lopes Louro discorre, apoiando-se também em outros autores, sobre como diversas instâncias sociais ensinam e influenciam a sexualidade como uma norma pronta imposta por padrões sociopolíticos instaurados nas sociedades.

A obra traz, também, o fato de que mais que uma questão pessoal, a sexualidade é perpassada pelos vieses social e político e é uma construção que cresce e se modifica ao longo da vida de cada indivíduo (LOURO, 2000). Estando inserido em uma sociedade, todo indivíduo está sujeito às questões culturais desta, de tal modo que responde, quer queira, quer não, às determinações vigentes ali: “As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade” (LOURO, 2000, p. 6). Sendo assim, aquilo



que se institui como padrão prescrito exerce controle sobre os indivíduos de forma a moldar as relações sociais.

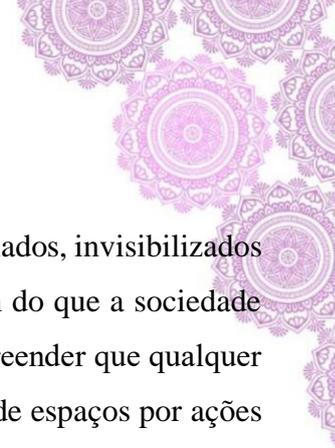
Ainda, o livro traz noções a serem pensadas acerca dos chamados rótulos, enquanto uma necessidade social – tanto individual quanto geral – de que os sujeitos estejam inseridos em “identidade fixas”. No âmbito individual, há o caráter de pertencimento que a definição traz, porém é preciso atentar ao fato de que “as identidades sexuais e de gênero (como todas as identidades sociais) têm o caráter fragmentado, instável, histórico e plural” (LOURO, 2000, p. 6). Assim, um indivíduo busca se fortalecer ao se inserir em determinado grupo, mas as bases de sustentação são frágeis, na medida em que todo ser está sujeito a diversas alterações internas ou externas. Além disso, fica claro que, ao se inserir em um grupo (e existindo tantos grupos “fixados”), o que se vê é o aumento da desigualdade, já que o que foge ao dito “padrão” é discriminado, violentado. Essas ideias culminam na afirmação de que, mais que sociais e culturais, as identidades são políticas, pois que se torna “atravessado e marcado por relações de poder” (LOURO, 2000, p. 10): “a sexualidade não é apenas uma questão pessoal, mas é social e política.” (LOURO, 2000, p. 5).

Por fim, também é possível inferir que a sexualidade “normal” nada mais é que um fato aprendido e construído ao longo da vida, passando por disciplinamento, pedagogia “muitas vezes sutil, discreta, contínua mas, quase sempre, eficiente e duradoura” (LOURO, 2000, p. 10). Logo, sobre as égides do que se apregoa e é repetido diariamente, tem-se um senso comum sobre o padrão de sexualidade esperado e, de certa forma, celebrado: a heterossexualidade.

3.2 Corpos abjetos

Em seus textos, Judith Butler discute extensivamente sobre essa construção forçada ligada ao gênero. Para a autora, a “heteronormatividade compulsória” paira sobre as sociedades, fixando matrizes às quais ou um indivíduo se submete, ou torna-se abjeto. Quando um ser nasce, a ele é dado um “sexo biológico” para o qual obrigatoriamente está a definição de gênero e, dados os construtos sociais, também a sexualidade. Sendo assim, órgãos sexuais femininos determinam o gênero feminino e, a partir disso, espera-se a heterossexualidade, ou seja, que, no futuro, as relações afetivas se deem com outro ser, do sexo oposto, o masculino. Tudo o que foge a isso, foge aos padrões impostos, portanto, está fora daquilo que obrigatoriamente se almeja.

Em *Bodies that matter* (1993) – ou *Corpos que pesam*, conforme tradução mais utilizada –, Butler faz uso dessas ideias para trabalhar, dentre outras coisas, a questão da abjeção. Esse conceito



serve a exemplificar o fato de os corpos LGBTQIAP+ serem tão negados, silenciados, invisibilizados que se tornam ininteligíveis, ou seja, por fugirem dos padrões, estão à margem do que a sociedade postula como “normal”, são abjetos. Como base nessa premissa, é possível depreender que qualquer performatividade (BUTLER, 2015) que não se enquadre – enquanto ocupação de espaços por ações que determinem uma diferença identitária, como feminino *versus* masculino – é rechaçada e perde, com isso, espaços desde o social até o político.

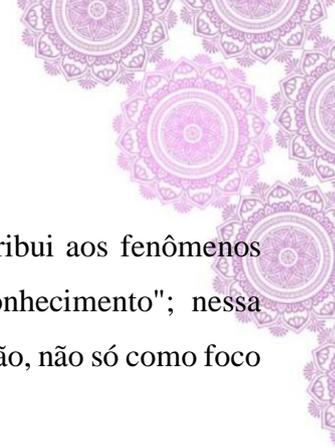
O corpo calado – seja por vontade própria, seja forçosamente – não reivindica (ou não tem forças para requerer) seus direitos ou os tem sumariamente negados por não preencherem requisitos previamente definidos e excludentes. Nesse sentido, os sujeitos LGBTQIAP+ perdem mais que direitos, perdem sua dignidade e humanidade ao serem renegados ao papel de “anormais”.

4 METODOLOGIA

Partindo de princípios éticos e epistemológicos, é preciso que haja tanto comportamento prático humano quanto conhecimento abrangente dos profissionais da área de saúde para com a população LGBTQIAP+, de modo a não apenas compreender as demandas que esses corpos trazem, como também realizar o direcionamento à rede de saúde e assistência sem enviesamento. Destarte, o questionamento central do projeto passa por quais seriam as possibilidades de construção de aprendizagem para as equipes de modo a fazer com que o campo da saúde possa atingir o público LGBTQIAP+. Para isso, escolheu-se, então, a metodologia qualitativa enquanto aquela que consiste

na escolha adequada de métodos e teorias convenientes; no reconhecimento e na análise de diferentes perspectivas; nas reflexões dos pesquisadores a respeito de suas pesquisas como parte do processo de produção de conhecimento; e na variedade de abordagens e métodos. (FLICK, 2009, p. 23).

Ademais, aprofundando a relação com as possíveis metodologias a serem utilizadas, recorre-se aos preceitos da pesquisa-ação e da pesquisa participante. A primeira se destaca por sua característica de estar o investigador inserido no problema e estarem todos os sujeitos – investigador e “investigado” – dentro do problema analisado, sendo todos agentes e pacientes das mudanças comportamentais geradas neles e na comunidade (MELO; MAIA FILHO; CHAVES, 2016, p. 154). A segunda, de acordo com Schmidt (2008), traz a maior possibilidade de “diálogo, negociação e interlocução culturais e sociais”, estando intrinsecamente atrelada ao “interesse e [...] respeito



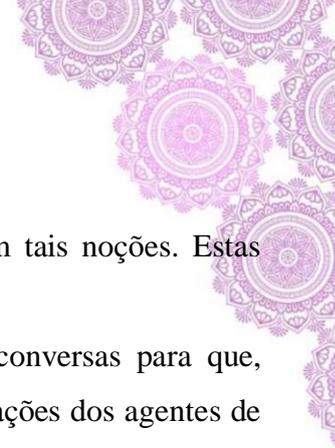
genuínos do pesquisador pelos sentidos e significados que seu interlocutor atribui aos fenômenos estudados e da focalização do processo de pesquisa como produtor de conhecimento"; nessa metodologia, o interlocutor é parte ativa do processo de construção da investigação, não só como foco de análise, mas como aquele que interpreta e reflete sobre o objeto de pesquisa.

Dessa maneira, com base nesses pressupostos teóricos, foram utilizadas oficinas de grupo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e os técnicos, abordando a temática da saúde LGBTQIAP+ com a finalidade de propiciar a eles maior compreensão sobre as questões de saúde desse grupo, bem como os limites para o atendimento humanizado deste. Ainda, objetivava-se deixar que a equipe de saúde estivesse à vontade para exprimir desde preconceitos até dúvidas, de modo a conscientizar esses trabalhadores por meio da desconstrução de mitos.

No livro *Oficinas em dinâmica de grupo* (2018), define-se oficina como:

um trabalho estruturado com grupos, independentemente do número de encontros, sendo focalizado em torno de uma questão central que o grupo se propõe a elaborar, em um contexto social. A elaboração que se busca na Oficina não se restringe a uma reflexão racional mas envolve os sujeitos de maneira integral, formas de pensar, sentir e agir. (AFONSO, 2018, p. 9)

Dessa forma, previu-se o atendimento das 11 Unidades Básicas de Saúde da Cidade de São João del Rei e de seus distritos, por meio de diálogos que foram disparados por manchetes sobre violência contra a população LGBTQIAP+ e um questionário anônimo que envolve mitos e verdades acerca desse grupo apenas com o fito de impulsionar a fala dos funcionários da equipe de saúde. O objetivo era que os profissionais pudessem se posicionar sobre como é o atendimento dos corpos LGBTQIAP+: de modo a dar abertura e emancipar esses sujeitos a fim de que pudessem perceber que o processo saúde-doença dos LGBTQIAP+ tem especificidades e, portanto, não é universal. Toda a discussão foi baseada na dialética marxista enquanto “um método de pensar e transformar o real” (IANNI, 1982, p. 12, grifo nosso) e considerando que a troca é “a arte de, no diálogo, demonstrar uma tese por meio de uma argumentação capaz de definir e distinguir claramente os conceitos envolvidos na discussão” (KONDER, 1998, p. 7). Assim, durante os encontros, ora a pesquisadora colocou argumentos próprios a serem debatidas para se chegar a uma conclusão, ora ela refutou ou complementou argumentos dos participantes para concluir uma ideia. Ainda, levou-se em consideração os ensinamentos de Paulo Freire (1983) sobre o diálogo, que perpassam elementos constitutivos, como confiança, criticidade, humildade, e elementos relacionados, como práxis e



pronúncia, sendo impossível estabelecer relações dialógicas interpessoais sem tais noções. Estas constroem uma conversa coerente e reflexiva.

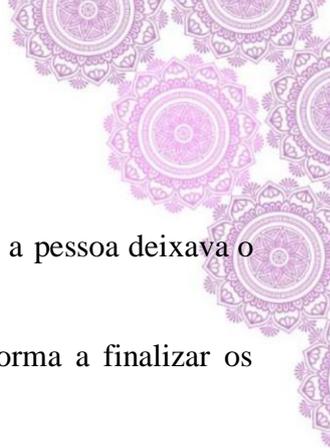
Durante os encontros nas UBSs houve pelo menos um relator das conversas para que, posteriormente, pudessem ser avaliadas as manifestações de preconceito, as reações dos agentes de saúde e o conhecimento prévio destes acerca das demandas da população LGBTQIAP+.

5 RESULTADOS

Ao longo dos encontros, foi possível notar, por parte da maioria dos ACSs e técnicos, disposição afetivo-emocional para a tarefa, o que não necessariamente condizia com os fatos à medida que as conversas aconteciam, uma vez que o mapeamento de manifestações de preconceito mostrou desconhecimento acerca de questões inerentes à população LGBTQIAP+. Quatro mitos apareceram de forma recorrente na maioria das intervenções (se não em todas): (1) a performatividade (BUTLER, 2015) pré-concebida de gêneros, com frases cunhadas, como “meninas vestem rosa, meninos vestem azul” ou “mulheres são para cuidar, homens para construir” ou “meninas devem brincar de boneca e meninos de bola”; (2) questionamentos acerca de como lidar quando as crianças fogem à heteronormatividade compulsória, por vezes associando tal fato à influência midiática ou de terceiros; (3) a relação de traumas na infância ou na vida adulta com ato posterior de se assumir LGBTQIAP+; (4) a bissexualidade como “doença”, “perversão”, “indecisão” ou “falta de caráter” associada a traições.

Com isso, pode-se perceber grande ignorância dos profissionais acerca do assunto bem como, foi possível notar, ao longo dos debates, resistência de alguns tanto para com a temática quanto para com as desmistificações de erros, com falas como “ah, mas eu não concordo”, “a minha psicóloga afirmou que tem a ver com trauma”.

Importa ressaltar aqui também que houve resistência para a marcação e/ou para a recepção da oficina em algumas UBSs, assim como nem sempre a mediação de contato se deu de forma eficaz, fazendo com que, das 11 Unidades Básicas de Saúde de SJDR e distritos pretendidas, apenas 10 tenham sido atendidas. Em apenas uma UBS houve a presença do médico na oficina, sendo a única também que reservou um horário para a atividade, fechando a unidade para que todos os integrantes da equipe pudessem participar. Além disso, em uma grande parte das unidades os participantes



deixavam a sala para realizar alguma função na UBS, havendo ocasiões em que a pessoa deixava o espaço e não retornava mais.

Porém, pretende-se abarcar as demais UBSs em novo momento, de forma a finalizar os trabalhos que vêm sendo feitos.

5.1 Análise das consequências em atendimento

Observando as manifestações de preconceito nas falas dos profissionais e delimitando mitos muito presentes no senso comum demonstrado por eles, percebe-se que essa mentalidade provoca enviesamento no atendimento à população LGBTQIAP+ desde o contato com os ACSs até a chegada na unidade de saúde e o atendimento médico em si. Assim, há consequências marcantes que podem ser citadas e analisadas.

Desse modo, quando se pensa no primeiro mito levantado (performatividade pré-concebida), no acolhimento de uma pessoa que foge desses padrões de gênero pode ocorrer o uso de linguagem violeta e sexismo no tratamento dessa pessoa. Uma questão que aparecia frequentemente nas intervenções era a utilização do nome social e o fato de não saber identificar se aquela pessoa era homem ou mulher e como se referir a ela dentro da UBS; no discurso dos participantes da intervenção, era preferível presumir a forma de chamar a pessoa pela sua aparência do que passar pelo constrangimento de ter de perguntar.

Já em relação ao segundo mito (não saber lidar com o que foge à heteronormatividade compulsória e acreditar haver influência externa na orientação sexual e na identidade de gênero) é possível notar que, quando há essa concepção, pode existir um aconselhamento errado dos parentes que estão lidando com essa situação, por exemplo a concepção de que a criança pode deixar de ser LGBTQIAP+. Para além disso, temos também uma preocupação da exposição das crianças com assuntos que envolvem pessoas queer com o medo da “conversão” dessa criança, dessa forma, são barradas por exemplo, assuntos sobre saúde sexual para as pessoas LGBTQIAP+ nas escolas.

O terceiro mito (relação entre sexualidade e traumas) pode levar a encaminhamento obrigatório para o psicólogo associado à noção de que orientações sexuais e identidades de gênero que não se conformam com a heterocisgeneridade podem ser revertidas. Esse processo – denominado popularmente de “cura gay” – é vetado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1999), mas sabe-se que sua prática ocorre, havendo, inclusive, tentativas de derrubar a proibição por bacharéis em

Psicologia. Tal prática é violenta e torna o sujeito vulnerável, fragilizando sua saúde mental (ZANATTA *et al*, 2018) e, portanto, deve ser evitada e não instigada pela rede de saúde.

Por fim, o quarto mito (problematização da bissexualidade) torna a existência desses corpos patologizada e colocada em questão a todos os momentos pela procura da verdadeira sexualidade, a indecisão aparece muitas vezes para os profissionais de saúde que acreditam que é preciso ajudar aquela pessoa a decidir se é hetero ou homossexual. Com essas questões estudos feitos com pessoas bissexuais mostram que comparados com lésbicas, gays e heterossexuais tem os piores índices de saúde mental com propensão a ansiedade e depressão, por exemplo. (JAEGER, 2018)

De forma geral fica visível que o atendimento da pessoa LGBTQIAP+ no sistema de saúde perpassa pela patologização dessas existências; constantemente suas vivências e seus corpos são questionados pelo sistema, os corpos desses sujeitos ainda são ininteligíveis para a saúde. Segundo Butler (2015), a inteligibilidade dos corpos só é adquirida quando esse entrar em conformidade com os padrões de compreensão inscritos pela sociedade. Com isso, o acolhimento dessas pessoas só ocorre quando são taxadas e categorizadas como doença, podendo assim adentrar esse espaço e serem entendidas pela Medicina. O fato de profissionais de saúde e ACSs não compreenderem esses sujeitos – por desinformação ou por preconceito – demonstra o quanto não há esforço conjunto para a melhor prática médica.

Assim sendo, em diversas ocasiões, quando os participantes do grupo foram questionados sobre como deveria ser o atendimento de uma pessoa LGBTQIAP+, a resposta foi a de que este não deveria ser diferente de uma pessoa heterossexual. Com isso, o princípio da universalidade se sobrepõe ao da equidade, pois o atendimento a todos é fornecido, mas não de forma individualizada e atendendo às demandas e às necessidades específicas dos sujeitos. Isso pode ser justificado pelo interesse da Medicina em dizer que todos os corpos são iguais para que, desse modo, não tenham que produzir conhecimento para as diferenças e, com isso, possam continuar a negar existências e outras formas de se viver que não seguem o padrão já consolidado pelo conhecimento médico baseado majoritariamente na saúde de homens brancos cis-héterossexuais.

Tendo em vista todas essas barreiras no acesso à saúde, esses sujeitos evadem do sistema. Nos grupos realizados sempre foi questionado se a UBS atendia pessoas queer e a resposta negativa era muito frequente. Dessa forma, surge o questionamento sobre onde essas pessoas estão sendo atendidas e mesmo se há um local para que recebam assistência à saúde adequada.

6 CONCLUSÃO

Assim, percebeu-se grande desconhecimento das questões que envolvem o grupo LGBTQIAP+ enquanto cidadãos, reforçando a necessidade de discussões sobre abjeção e performatividade trazidas nas reuniões de orientação – à luz do pensamento de Judith Butler – bem como a importância de se construir um processo de educação continuada das equipes de saúde. Quando se tem discursos e ações marcados por dúvidas, desconhecimentos e construções errôneas tais como as observadas, incorre-se, muitas vezes, em embates – silenciosos ou não – que levam a população LGBTQIAP+ a se extrair do sistema que a deveria acolher.

A invisibilização dessa população, mais que dificultar o pleno acesso à saúde, custa, muitas vezes, mais recursos à rede – quando é preciso, por exemplo, lidar com problemas advindos de hormonização inadequada ou uso de silicones industriais – e, principalmente, a vida desses sujeitos, uma vez que procedimentos clandestinos e/ou autoexecutados podem levar a situações extremas em que nem sempre há tempo para socorro.

Portanto, apesar da dificuldade geral que existe em se encarar e assumir preconceitos, foi importante criar um espaço de reflexão para que os ACSs e os técnicos dessem vazão aos próprios pensamentos enraizados a fim de tentar elucidar questões das mais básicas – como o direito que cada indivíduo tem de ser tratado na medida de suas diferenças (equidade, princípio básico do SUS) – às mais complexas – como a desconstrução de padrões imbuídos e a educação sobre temas mais profundos relacionados aos corpos LGBTQIAP+. Dessa forma, é possível edificar novos conceitos, na esperança de que o tratamento recebido por esse grupo seja pleno e adequado às suas necessidades, de modo que a adesão ao SUS ocorra sem que a saúde física ou mental desses indivíduos, enquanto seres biopsicossociais, seja prejudicada por barreiras que os levem a atitudes drásticas, como alterações corporais clandestinas ou suicídio.

Por fim, em resposta à questão proposta no segundo tópico desse texto, não são suficientes as políticas existentes atualmente para garantir a inserção dos corpos LGBTQIAP+ no SUS; a menos que haja um processo de capacitação daqueles que são o elo entre a comunidade e as UBSs – os técnicos e os ACSs –, a relação, que já se encontra abalada, tende a se enfraquecer. O que se percebe é que as políticas existem, mas, além de desconhecimento destas pelos profissionais de saúde, a implementação não é adequada. Os conceitos e legislações apresentados no segundo capítulo ficam apenas como diretrizes – em vez de obrigatoriedade – e não são de fato seguidos. Dessa forma, é

necessário que se siga um processo de educação continuada de modo a garantir a adesão dos LGBTQIAP+s ao sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Maria Lúcia M. **Oficinas em dinâmica de grupo** – Um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Artesã, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em 18 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH):** HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à gestão participativa, 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf>. Acesso em 18 ago. 2019.

BUTLER, Judith. **Bodies that matter**, on the limits of “sex”. Nova Iorque: Routledge, 1993.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder *et al.* Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 44, n. 2, p. 235-245, 2010.

CFP (Conselho Federal de Psicologia). **Resolução CFP Nº 001/99**, de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Brasília: CFP, 1999.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1983.

IANNI, O. **Dialética e capitalismo: ensaio sobre o pensamento de Marx**. Petrópolis: Vozes, 1982.

JAEGER, M. B. **Experiência de minas bissexuais:** políticas identitárias e processos de marginalização. Florianópolis, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/205732/PPSI0827-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 20 dez 2020

KONDER, Leandro. **O que é dialética.** 28.ed. São Paulo: Brasiliense, 1998. (Primeiros passos, 23)

LOURO, Guacira Lopes (org.). **O corpo educado** – Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MELLO, L.; PERILO, M.; BRAZ, C. A.; PEDROSA, C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sex., Salud Soc.** Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, dez. 2011.

SCHWADE, Elisete. Heterossexualidade compulsória e continuum lesbiano: diálogos. Bagoas, Rio Grande do Norte, v. 4, n. 5, p. 57-66, 2010.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval. Pesquisa participante e a formação ética do pesquisador na área da saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 391-398, abr. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n2/a14v13n2.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2019.

ZANATTA, E. A. *et al.* Discovering, accepting and assuming homoaffectivity: situations of vulnerability among young people. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental**, v. 10, n. 2, p. 391-8, 2018. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6058>. Acesso em: 01/11/2021.