

Ana Luísa Remor da Silva

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT:
UMA ANÁLISE BIOÉTICA A PARTIR DAS
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA
SAÚDE**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Mirelle Finkler.

Florianópolis
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Ana Luisa Remor da
Atenção Básica à Saúde da população LGBT : uma
análise bioética a partir das representações sociais
de trabalhadores da saúde / Ana Luisa Remor da Silva
; orientadora, Mirelle Finkler, 2017.
149 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Pessoas LGBT. 3. Bioética.
4. Serviços de saúde. 5. Representações Sociais. I.
Finkler, Mirelle . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva. III. Título.

Ana Luísa Remor da Silva

**ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA
ANÁLISE BIOÉTICA A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE.**

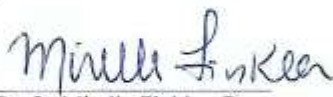
Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de Mestre (a) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 13 de julho de 2017.

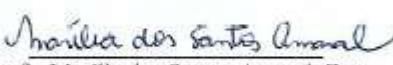


Prof. Josimari Tejano de Lacerda, Dra.
Coordenadora do Curso

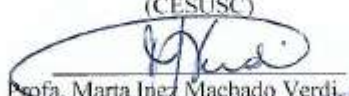
Banca Examinadora:



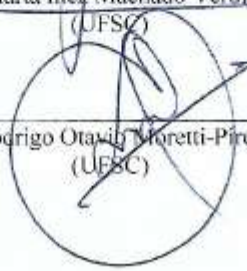
Prof. Mirelle Finkler, Dra.
UFSC (Presidente)



Prof. Marília dos Santos Amaral, Dra.
(CESUSC)



Prof. Marta Inez Machado Verdi, Dra.
(UFSC)



Prof. Rodrigo Otavio Moretti-Pires, Dr.
(UFSC)

AGRADECIMENTOS

É sempre tempo de agradecer, mas é chegada a hora de mostrar a minha gratidão a todas(os) aquelas(es) que de alguma forma ou de outra foram essenciais para eu chegar até aqui. Para mim é uma das coisas mais difíceis a se fazer, pois as palavras não dão conta de expressar meus sentimentos ou ainda de expressar a importância do papel de cada um(a) na história da minha vida.

Não posso deixar de começar por onde tudo começou, minha família. Agradeço a todas(os) por todo amor e dedicação, pelos ensinamentos e valores que hoje me tornam quem eu sou.

À minha mãe, Maria Teresa, gratidão pela bondade e paciência de todos os dias, e que por meio da música preenche nossos corações. Meu grande exemplo de humanidade;

Ao meu pai, Pedrinho, gratidão pelos ensinamentos críticos sobre agir da melhor forma possível, este foi meu primeiro contato com a ética;

Às minhas irmãs gratidão por aprender que dividir também é somar, elas são minhas amigas, companheiras, parceiras, meus exemplos, Gi de força de vontade e Dé de espontaneidade;

Às minhas avós e meus avôs pela sabedoria da vida. Gratidão à vó Nena por toda proteção e boas energias, ao vô Jayson pela leveza e alegria de viver, à vó Arlete pela força de vontade e determinação e ao vô Pedrinho pelo amor à leitura e paciência;

À minha tia Irma pelo grande coração, que sempre cabe mais um, e pelo acolto nos meus tantos momentos de crises;

À minha tia Silvana Bidana sempre disponível, cuidando e apoiando a todos;

Às minhas primas irmãs que tanto me cuidam e me apoiam. Dani, a minha mais velha melhor amiga; Lu, braço direito que inspira confiança, Cacá que consegue colocar o amor no gosto de cada refeição feita com tanta dedicação;

Aos pequenos que tanto alegram nossos dias, Ana, Tico, Heleninha e Zé, gratidão por me ensinarem o que é ser tia e ao mesmo tempo voltar a ser criança;

Ao Thi, meu companheiro que está comigo em todos os momentos, grata pela sensatez e senso crítico, que me questiona e me auxilia ser uma pessoa melhor;

Às minhas amigas, da infância, da escola, da faculdade, da residência, do mestrado, da vida. Sou grata por ter tantas amigas maravilhosas, mulheres de garra e determinação, cada uma com seu jeitinho diferente, que com todas muito aprendi, cresci e amadureci. Levo-as no meu coração;

À minha orientadora, da qual tenho muita admiração, professora Mirelle, por toda dedicação, orientação, apoio, repletos de carinho. Aprendi como é conviver com alguém que ama o que faz e que vive o que ensina, procurando sempre realizar o seu melhor. Grata por essa relação de amizade que se construiu;

À Banca, pela disponibilidade, sensibilidade, dedicação, pelos apontamentos que enriqueceram e contribuíram muito para a finalização deste trabalho. À professora Marta e ao professor Rodrigo por tantos ensinamentos dentro e fora de aula, pelas contribuições no meu processo como um todo, inclusive na construção deste trabalho. À Marília e Adriana pelo carinho em aceitarem prontamente o meu convite e pelas importantes considerações. Agradeço também ao professor Rudney pela contribuição e participação na banca de qualificação;

À professora Andrea pelo auxílio, inclusive na construção da entrevista;

Às(aos) integrantes/amigas(os) do NUPEBISC, pelas discussões, aprendizado, parcerias e boas quartas-feiras de encontros;

Aos colegas das diversas disciplinas cursadas neste período de mestrado;

À Universidade Federal de Santa Catarina, minha segunda casa por 10 anos, ensino público de qualidade, repleto de ótimos trabalhadores, professores, preceptoras e colegas que convivi no curso de Graduação em

Psicologia, no Hospital Universitário, onde estagiei e realizei a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde; e agora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva;

À CAPES, pelo fornecimento da bolsa de mestrado que possibilitou a minha dedicação exclusiva para realização deste estudo;

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, por aprovar a realização desta pesquisa, reconhecendo sua importância para o sistema de saúde;

Aos queridos participantes desta pesquisa, a qual não existiria se não fosse pela contribuição de vocês. Agradeço por abrirem as portas dos seus ambientes de trabalho, pelo tempo disposto, mesmo com agendas cheias, a responderem perguntas reflexivas a uma completa desconhecida. Analisei com muito cuidado e dedicação os dados como um todo. Exponho as dificuldades deste complexo mundo de trabalho em Saúde, mas gostaria de esclarecer que essa crítica não é dirigida a vocês, mas à sociedade da qual participamos. Todos precisamos reconhecer nossas limitações e os preconceitos que nos acompanham e acabam influenciando as nossas relações interpessoais e sociais para assim lidarmos com eles da melhor maneira possível.

RESUMO

As Representações sociais (RS) são fenômenos que permeiam as relações, muitas vezes ancoradas em morais hegemônicas, que legitimam modos de atuação social. A literatura relata que RS da homossexualidade admitem a manifestação de atitudes homofóbicas. O objetivo deste estudo, foi compreender as questões éticas que permeiam a atenção à saúde das pessoas LGBT a partir das RS dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS) sobre as pessoas LGBT. Nesta pesquisa, de abordagem qualitativa, foram entrevistados 15 trabalhadores da ABS - agentes comunitários de saúde (2), auxiliares ou técnicos de administração, enfermagem ou saúde bucal (5), cirurgiões-dentistas (3), enfermeiros (3) médicos (2) - do município de Florianópolis, SC. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de Análise Temática de Conteúdo com auxílio do *software Atlas.ti®7.5.16*, e interpretados a partir da sua análise fundamentada na teoria das RS; nas teorias morais e nas Bioética Cotidiana e Bioética Crítica de Inspiração Feminista. Após leitura flutuante iniciou-se a codificação, originando 74 códigos que foram agrupados em 4 subcategorias relacionadas a: RS das pessoas LGBT; Problemas éticos; Atitudes éticas; Questões estruturais, organizativas e de formação. As RS dos trabalhadores da ABS em relação às pessoas LGBT estão fortemente ancoradas nas morais religiosas e heterônomas, compreendendo: as pessoas LGBT com uma ideia de promiscuidade, risco à IST, estereótipos, entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou antinaturais, sujeitas a uma escolha pessoal. Os principais problemas éticos estiveram relacionados a situações de intolerância; LGBTfobia; constrangimentos; silenciamento das questões de gênero e (homo)sexualidade; falta de autocrítica e reflexão ética. Ainda assim, foi possível perceber que a aproximação e maior convívio dos trabalhadores com as pessoas LGBT possibilitou repensar algumas atitudes diferenciadas para esta população. Compreender a sexualidade como uma dimensão da vida não (de)limitada a/por juízos morais (certo/errado, natural/antinatural) é uma questão ética que precisa ser articulada, sobretudo, junto aos trabalhadores de saúde. Sociedades que têm a heterossexualidade como modelo consideram qualquer outra orientação imoral, o que contribui para uma abstenção de responsabilidade do trabalhador, sustentando a invisibilidade do preconceito com posturas fundamentadas no machismo e na heteronormatividade. A consciência dos valores e desvalores presentes na atenção à saúde da população LGBT

é um ponto de partida para a formação profissional em saúde e para a educação permanente dos trabalhadores da ABS. Por tudo isso, compreendeu-se que a atenção à saúde das pessoas LGBT é dificultada pela presença de diversos entraves, tais como RS que desqualificam as pessoas LGBT que acabam sustentando também problemas éticos, que em sua maioria dizem respeito à relação trabalhador-usuário. Faz-se necessário então, incluir nas discussões em saúde as questões de gênero e de sexualidade como constructos sociais complexos, para além da visão binária de gênero. A bioética pode ser um instrumento neste sentido desde que baseada em uma concepção laica e crítica em direção ao pluralismo moral de que a sociedade brasileira necessita.

Palavras-chave: Pessoas LGBT; Bioética; Ética; Serviços de saúde; Representações Sociais.

ABSTRACT

Social representations (SR) are phenomena that permeate human relations, usually anchored in hegemonic morals, which legitimize social acting. According to the literature, the SR of homosexuality allow for homophobic manifestations. The goal of this research was to understand the ethical issues involved in the health care of LGBT people from the SR held by health care workers about the LGBT population. A qualitative method was employed, and 15 health care workers were interviewed in the town of Florianópolis, SC, including community agents (2), administration, nursing or dental health technicians (5), orthodontists (3), nurses (3), and doctors (2). Data was analyzed using a Thematic Analysis of Content, using the Atlas.ti®7.5.16 software. The data was interpreted based on the SR theory, moral theory, Everyday Bioethics and Critical Feminist Bioethics theories. Coding was conducted after initial exposure to the data, leading to 74 codes that were grouped into four subcategories related to: the SR of LGBT people; Ethical problems; Ethical attitudes; Organization, structure and formation. The SR of the health care workers related to LGBT people are strongly anchored onto religious and heteronormative morals, including: promiscuity related to LGBT people, STD risk, stereotypes, understanding gender and sexual orientation of the LGBT population as incorrect, determined biologically or unnatural, subject to a personal choice. The main ethical problems were related to situations of intolerance; homophobia; embarrassment; silencing of gender and (homo)sexuality questions; lack of self-awareness and ethical reflection. Nonetheless, professionals' proximity and familiarity with LGBT people allowed for the rethinking of some attitudes for this population. Understanding sexuality as a dimension of life that is not limited by moral judgment (right/wrong, natural/unnatural) is an ethical issue that needs to be articulated, above all, with health care workers. Societies that have heterosexuality as the norm consider any other orientation as amoral, which contributes to the workers' abstinence of responsibility, sustaining the invisibility of prejudice as postures based on sexism and heteronormativity. Awareness of the values present in the health care system regarding the LGBT population is the starting point to change the professional training and permanent education of health care workers. Therefore, health care for the LGBT population is made difficult due to many barriers, namely the SR that disqualify LGBT people, leading to and sustaining ethical issues, the majority of which refer to the worker-user relation. It is important to include gender and sexuality in the discussions of health care, beyond the binary gender understanding.

Bioethics can be an instrument that can aid this discussion, based on a secular conception and towards the moral pluralism that Brazilian society needs.

Key words: LGBT people; Health Services; Ethics; Bioethics; Social Representations.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADEH - Associação em Defesa dos Direitos Humanos com enfoque na sexualidade

ABS – Atenção Básica à Saúde

CAPPS - Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CMDLGBT - Conselho Municipal de Direitos de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais de Florianópolis

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EPICEN@S - Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde.

ESF – Estratégia Saúde da Família

GOZZE - Coletivo de Luta pela Diversidade Sexual da UFSC

IEG - Instituto de Estudos de Gênero

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT – Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NIGS - Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades

NUPEBISC - Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva

MARGENS - Modos de vida, família e relações de gênero

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSI LGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais

RS – Representações Sociais

SAAD - Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS – Teoria das Representações Sociais

UNA LGBT - União Nacional de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais,
Travestis e Transexuais

WPATH - Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÃO PARA PESQUISA	17
2	INTRODUÇÃO	19
3	OBJETIVOS	23
3.1	OBJETIVO GERAL	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4	MARCO CONTEXTUAL	25
5	REFERENCIAL TEÓRICO	43
6	MARCO CONCEITUAL	47
6.1	FUNDAMENTOS ÉTICO-MORAIS	47
6.2	BIOÉTICA COTIDIANA.....	51
6.3	BIOÉTICA CRÍTICA DE INSPIRAÇÃO FEMINISTA.....	54
6.4	UM MARCO BIOÉTICO PARA ANALISAR A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS LGBT	58
7	MÉTODO	61
7.1	CENÁRIO.....	62
7.2	PARTICIPANTES.....	65
7.3	COLETA DE DADOS.....	66
7.4	ANÁLISE DE DADOS.....	67
7.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	69
8	RESULTADOS E DISCUSSÃO	71
8.1	ARTIGO: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA ANÁLISE BIOÉTICA A PARTIR DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE.....	71
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	115
	REFERÊNCIAS	119
	APÊNDICE A - Roteiro para entrevista	135
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	137
	APÊNDICE C – Lista de códigos	141
	ANEXO A – Declaração de ciência e autorização da instituição ..	143
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEPESH	145

1 MOTIVAÇÃO PARA PESQUISA

Em nossa sociedade, a tomada de decisão sobre qual profissão seguir ocorre muito cedo, sendo assim, um processo geralmente difícil e em alguns momentos conturbado. Recém saindo da adolescência, as “certezas” são mínimas, acompanhadas de um conhecimento singelo daquilo que nos prende a atenção. Desta forma, a escolha, por muitas vezes, acaba se dando de forma intuitiva e até mesmo sensível ao buscar aquilo que nos identificamos. Foi mais ou menos assim que inicialmente optei pela psicologia. Entre dúvidas e comparações, acabei por me identificar com a profissão. Apenas me dei conta disso no meio do curso, quando a profissão se apresentou de forma mais concreta e pude perceber os diversos campos de atuação do psicólogo.

Não demorou muito e percebi que me identificava totalmente pela área da saúde. Os benefícios de um atendimento psicológico num momento de fragilidade provocado por uma situação de adoecimento podem fazer toda diferença para o usuário e seus familiares, auxiliando na organização da família, enfatizando o poder dos laços afetivos, trabalhando com os recursos de enfrentamento, dentre tantas outras possibilidades. O trabalho da(o) psicóloga(o) não se dá apenas com o paciente. Um dos momentos mais importantes desta profissão é o autoconhecimento, entender nossos pontos de fragilidade, lidar com nossos medos, angustias, inseguranças, pré-conceitos, enfim, um infinito mundo de fantasias que todos possuem.

Após formada logo iniciei a Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, onde aguçou ainda mais minha paixão pela saúde coletiva. Assim que terminei a residência passei no mestrado e ingressei no Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC. A princípio pensei que estaria um tempo distante da psicologia, mas logo descobri que não. Quando comecei a entrar em contato com a bioética e com seu mundo de discussões, percebi que estava *em casa*. A bioética tem uma proposta linda de reflexão pessoal, de diálogo, discussão, a fim de perceber nossas limitações e aprender a lidar com elas, para agir da melhor maneira possível de acordo com a necessidade de cada situação. É aquele mesmo exercício de autoconhecimento tão importante para o psicólogo, que também atua de acordo com a necessidade do paciente, com cuidado para não impor a sua forma de pensar sobre a do outro. Esse cuidado com o outro eu sempre procurei desde cedo. A preocupação com o outro, a disponibilidade de ouvir e me identificar com o que outro estivesse sentindo, o cuidado para

procurar não cometer nenhuma injustiça ou tentar evitar que esta aconteça.

Pois bem, após uma conversa com minha orientadora, a qual me lançou a ideia de trabalharmos com as questões éticas envolvidas no atendimento à população LGBT¹, topei na mesma hora. Há tanto o que ser conquistado de direitos humanos relacionados às pessoas LGBT que um olhar ético é essencial. Outro ponto motivador para realizar essa pesquisa foi uma reflexão provocada por uma situação em sala de aula, poucas semanas antes da ideia de pesquisa, em que acabei reproduzindo um discurso hetero e cisnormativo sem perceber. Apenas após a consideração do professor eu me dei conta que o meu discurso segregava uma grande parcela da população. Neste dia ficou claro que a necessidade de reflexão e estudo são essenciais para não repetirmos acriticamente padrões impostos e reiterados socialmente, sejam eles quais forem (de beleza, de sexualidade, dentre outros). A disponibilidade para estarmos atentos a isso e compartilharmos nossas reflexões pode contribuir para o exercício ético dos demais. Responsabilidade essencial que deve ser assumida sobretudo por trabalhadores(as) e professores(as) da área da saúde, principalmente por fazermos parte de um sistema educativo que pouco provoca a criticidade das(os) estudantes e pouco discute ou aborda com profundidade e reflexão ética questões de gênero e sexualidade.

A ideia é que essa pesquisa possa deixar uma contribuição específica para a população LGBT, para as(os) trabalhadoras(es) em saúde, assim como também para a promoção de uma sociedade mais ética, humanizada e justa, ao buscar de alguma maneira colaborar com a conquista de direitos humanos. Não posso negar que a realização deste trabalho é também para mim um momento de autoconhecimento pessoal, de crescimento e aprendizagem. Desta forma agradeço pela oportunidade de ampliar meu conhecimento e pontos de vista, e ainda, de me tornar uma pessoa melhor.

¹ Em 2008, a partir da 1ª Conferência Nacional GLBT, aprovou-se o uso da sigla LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais) para a denominação do movimento. Desta forma, optou-se por utilizá-la neste trabalho.

2 INTRODUÇÃO

A discriminação pela orientação sexual se encontra em todas as esferas da sociedade e há anos grupos lutam para o seu reconhecimento e das suas consequências (BRASIL, 2004). Pode-se dizer que a heteronormatividade e a LGBTfobia são fatores que acabam por banalizar a discriminação e o preconceito em relação à orientação sexual. A heteronormatividade é a imposição da heterossexualidade como um *padrão normal* de se relacionar (BERLANT; WARNER, 2002). Já a homofobia, segundo Borrillo (2001, p. 15) “é a atitude de hostilidade para com os homossexuais”, o que acaba por reforçar as representações heterossexuais como se fossem de maior valor. Esta hostilidade estende-se também à população trans, ao que se denomina transfobia (JESUS, 2012) e a todas as diversidades referentes a orientações sexuais, como lesbofobia, bifobia, dentre outras. Assim, utilizaremos também durante o trabalho o termo LGBTfobia.

Tratam-se de questões que demandam um constante questionamento dos padrões impostos e compartilhados socialmente. Quando se está disponível para refletir, as nuances deixam de passar despercebidas. É um exercício de atenção e autocrítica constantes – um exercício de ética em outros termos - essencial para o reconhecimento da existência da discriminação em relação à população LGBT - Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, travestis e transexuais (trans²). Desta forma, o questionamento é necessário para se conscientizar e assim, possibilitar mudanças das atitudes³ que acabam reproduzindo os introjetos sociais (GUTIERREZ; MINAYO, 2011).

² Trans ou Transgênero (*transgender*) é um termo “guarda-chuva” (*umbrellaterm*) utilizado para fazer referência às pessoas com diferentes identidades e/ou expressões de gênero que se diferem do estereótipo padrão de gênero (ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2014). Jesus (2012) aponta que no Brasil este termo não possui um consenso sobre seu significado, podendo ser compreendido em diferentes dimensões: gênero como identidade - travestis e transexuais; gênero como funcionalidade - transformistas, *crossdressers*, *dragqueens* e *drag kings*, e ainda há aquelas pessoas que não se identificam com nenhum gênero. Já as pessoas não-transexuais são denominadas de cisgênero ou “cis” (JESUS, 2012). Assim como a heteronormatividade, a cisnormatividade coloca como padrão de normalidade a cisgeneridade. Tais questões serão abordadas com maior profundidade no Marco Contextual.

³ Neste trabalho utilizaremos atitude no sentido de postura, comportamento. Não trabalharemos com o conceito de atitude proposto pela Psicologia Social.

No Brasil, a luta pelo reconhecimento da discriminação por orientação sexual vem oficialmente desde os anos 1980 (BRASIL, 2004). Período em que se iniciou algumas ações do governo em combate ao HIV/Aids em conjunto com grupos que defendiam os direitos das pessoas homossexuais. Nesta época, estas pessoas, principalmente homens cis gays, eram consideradas como “grupo de risco⁴”, apenas a partir deste motivo tornam-se visíveis algumas questões de saúde das pessoas LGBT, em que passou a ser foco das ações de prevenção e enfrentamento do HIV/Aids (BRASIL, 2013). Ainda que com a formulação de políticas públicas e programas que visem o bem-estar social e a qualidade de vida da população LGBT, é de extrema relevância e urgência a necessidade de mais avanços numa perspectiva prática, de atuação social, assim como uma mudança na formação dos profissionais da saúde como um todo (MELLO et al., 2011).

As barreiras vivenciadas pela população LGBT acabam por influenciar no seu afastamento dos serviços de saúde, muitas vezes atrelados à vivência de situações de preconceito, discriminação ou pouco conhecimento por parte dos profissionais (MELLO et al., 2011; SOUSA, et al., 2014; SANTOS et al., 2015; GARCIA, et al., 2016). Tais dificuldades se intensificam em relação às pessoas trans e travestis, de modo que muitos acabam por apresentar um severo adoecimento psíquico (ARÀN; Zaidhaft; Murta, 2008; Pinto; Moleiro, 2012). Já em relação à saúde das mulheres cis lésbicas e bissexuais há poucas pesquisas, pouca informação por parte dos profissionais (Barbosa; Facchini, 2009; Carvalho; Calderaro; Souza, 2013), e os programas e intervenções em relação à saúde feminina acabam também por reforçar estereótipos de gênero ao associar diretamente a sexualidade da mulher cis com a maternidade (Carvalho; Calderaro; Souza, 2013).

A principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) é - ou deveria ser - a Atenção Básica à Saúde (ABS - internacionalmente conhecida como Atenção Primária à Saúde - APS) que tem como foco ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação das condições de saúde do usuário e seus familiares e do território a qual este pertence. A ABS é a referência principal para o usuário, de forma a prover acolhimento e segurança, independente da necessidade ou não de um atendimento especializado (Giovanela; Mendonça, 2014). A concretização do acesso à ABS se dá principalmente pela presença da Estratégia de

⁴ Terminologia não mais utilizada, porém, um estigma ainda presente sobre as pessoas LGBT.

Saúde da Família, a qual deve estar atenta e consciente em relação à existência das diversas possibilidades de constituição familiar, que vão muito além de um *padrão tradicional* heterossexual (LIONÇO, 2008), e cissexual.

Apesar de certos grupos terem menor visibilidade que outros, pode-se dizer que as demandas comuns a todos os movimentos LGBT são em relação a “reivindicações nas áreas dos direitos civis, políticos, sociais e humanos, o que exige atuação articulada e coordenada de todas as áreas do Poder Executivo” (BRASIL, 2013, p. 10). O que acontece que, em nossa sociedade, tentamos excluir aquelas(es) que fogem dos “padrões” impostos historicamente? O que acontece que renegamos a existência delas(es) do convívio social?

Precisamos abrir espaço e dar visibilidade para a temática. Precisamos falar sobre a discriminação social; precisamos falar sobre sexualidade, gênero para desmistificar padrões excludentes construídos socialmente e passarmos a enxergar o ser humano acima de tudo, com respeito, empatia, atenção de forma integral, reconhecendo suas peculiaridades sem que estas sejam motivo de segregação. Isto deveria ocorrer em todas as esferas da sociedade, principalmente na área da saúde, cujos profissionais se formam para todas e todos, sem distinção.

Por tudo isto, o objeto deste estudo são as questões éticas relacionadas ao atendimento na ABS da população LGBT, tendo como pergunta de pesquisa: Quais as questões éticas que permeiam à atenção à saúde das pessoas LGBT a partir das RS dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre as pessoas LGBT? Acredita-se que sua compreensão permitiria que avançássemos em estratégias para uma melhor abordagem dos trabalhadores, sensibilizando-os para a importância de um atendimento livre de preconceitos, estimulando a reflexão ética sobre sua atuação profissional.

É importante ressaltar também, como mais um fator de relevância da pesquisa, que a temática proposta se enquadra dentro das prioridades elencadas pela Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Esta por sua vez é construída por um processo político que procura identificar e respeitar as necessidades nacionais de saúde, incentivando a produção científica, de materiais e processuais das áreas consideradas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais (BRASIL, 2011a).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as questões éticas que permeiam à atenção à saúde das pessoas LGBT, a partir das representações sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde sobre as pessoas LGBT.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as RS de trabalhadores da ABS em relação às pessoas LGBT;
- Analisar as questões éticas relacionadas à atenção à saúde das pessoas LGBT;
- Identificar questões que interferem na qualidade do atendimento às pessoas LGBT nos serviços básicos de saúde.

4 MARCO CONTEXTUAL

Neste capítulo, construído a partir de uma revisão de literatura e do resgate de conceitos importantes para a temática de gênero e sexualidade, busca-se apresentar o contexto de saúde da população LGBT, que se encontra em grande disparidade se comparada à assistência em saúde da população em geral.

No decorrer da história as práticas sexuais entre pessoas do mesmo gênero foram abordadas de diversas maneiras, de forma valorizada como na Grécia antiga, ou de forma discriminatória, desvalorizada e até mesmo sujeita à pena de morte, como ainda acontece em alguns países. A associação do sexo como pecado, originária de morais religiosas, além de questões jurídicas relacionadas ao poder e ao controle, são alguns dos fatores que influenciam na maneira como a sexualidade é determinada socialmente, reprovando a homossexualidade como uma forma de se relacionar (MARTINS et al., 2014).

Desta forma, há a imposição de um determinado padrão social, cultural, político, moral, comportamental, relacionado à sexualidade: a heterossexualidade. A sociedade está organizada com a imposição da heterossexualidade como uma forma “coerente” de se relacionar, a qual também é colocada como privilégio em diversas estruturas sociais (BERLANT; WARNER, 2002). Sua imposição como um padrão de “normalidade” remete-se ao fenômeno identificado de heteronormatividade, como afirmam Berlant e Warner (2002, p. 238):

la heteronormatividad es más que una ideología, prejuicio o fobia contra los gays y las lesbianas; se produce en casi cada aspecto de las formas y los procedimientos de la vida social: nacionalidad, Estado y ley; comercio; medicina y educación; se produce también en las convenciones y afectos de la narratividad, el romance y otros espacios protegidos de la cultura⁵.

⁵ Tradução livre: a heteronormatividade é mais do que uma ideologia, preconceito ou fobia contra os gays e as lésbicas; produz-se em quase cada aspecto das formas e dos procedimentos da vida social: nacionalidade, Estado e lei; comércio; medicina e educação; produz-se também nas convenções e afetos da narratividade, o romance e outros espaços protegidos da cultura.

Os autores refletem também sobre a dificuldade de identificar a presença da heteronormatividade nos ambientes citados, visto que a heterossexualidade se encontra arraigada e propagada na cultura e até mesmo na construção da personalidade (BERLANT; WARNER, 2002).

Assim como a heteronormatividade está presente nas relações, é importante pontuar outro conceito relevante, a homofobia, que, segundo Borrillo (2001) é um fenômeno imposto que aponta a homossexualidade [aqui acrescento também qualquer orientação sexual que desestabilize a suposta fixidez da heterossexualidade] como de menor valor, inferior, ou fora do normal, por meio da ridicularização, discursos de ódio, podendo chegar a diversos extremos de violência (física, psicológica, entre outras). A homofobia

se manifesta, entre outras coisas, pela angústia de ver desaparecer a fronteira e a hierarquia da ordem heterossexual. Exprime-se por meio das injúrias e dos insultos cotidianos, mas aparece também nos discursos de professores e especialistas, ou permeando debates públicos. [...] Invisível, cotidiana e disseminada, a homofobia participa do senso comum, embora leve, igualmente, a uma alienação dos heterossexuais. É por essas razões que se considera indispensável questioná-la tanto no que se refere às atitudes e aos comportamentos quanto no que diz respeito às suas construções ideológicas (BORRILLO, 2001, p. 18-19).

Desta forma impõe-se uma “hierarquia” na sexualidade, em que a heterossexualidade é vista como superior, e por meio da homofobia mantém este *status* social (BORRILLO, 2001). A homofobia pode ser ainda relacionada com o medo ou ódio, além dos *gays*, das lésbicas (lesbofobia), bissexuais (bifobia), e em alguns casos, com as travestis e transexuais, baseada na ideia equivocada de que as pessoas trans não seriam heterossexuais. Já a transfobia seria especificamente o “preconceito e/ou discriminação em função da identidade de gênero de pessoas transexuais ou travestis” (JESUS, 2012, p. 29).

O gênero é uma construção cultural, não podendo ser reduzido a uma visão binária de homem e mulher. “... é uma complexidade cuja totalidade é permanentemente protelada, jamais plenamente exibida em qualquer conjuntura considerada” (BUTLER, 2003, p.37). Os gêneros inteligíveis são aqueles que mantêm o padrão “coerente” na linearidade entre sexo, gênero, desejo e prática sexual. As identidades de gênero que

não se limitam à imposição social/cultural sofrem as represálias por “fugirem” do padrão binário imposto. Além disso, as práticas reguladoras da coerência do gênero acabam por produzir e forçar a sua performatividade. Assim, “não há identidade de gênero por trás das expressões de gênero; essa identidade é *performativamente* constituída, pelas próprias ‘expressões’ tidas como seus resultados” (BUTLER, 2003, p.48, grifo da autora). A performatividade presente nos atos, gestos e atuações expressam fabricações

manufaturadas e sustentadas por signos corpóreos e outros meios discursivos [...] os atos e gestos, os desejos articulados e postos em ato criam a ilusão de um núcleo interno e organizador do gênero, ilusão mantida discursivamente com o propósito de regular a sexualidade nos termos da estrutura obrigatória da heterossexualidade reprodutora (BUTLER, 2003, p. 194-195)

Ou seja, a performatividade não é exclusiva da transexualidade ou da travestilidade, mas também faz parte da expressão de identidade das pessoas cisgêneras.

A identidade de gênero pode ser correspondente ao sexo designado ao nascimento ou não. Ou seja, é a identificação pessoal que cada um reconhece em si, que pode ser qualquer identificação dentro do espectro de gênero. É importante ressaltar também que independente de identidade de gênero e orientação sexual tem-se a expressão de gênero, que é a forma que a pessoa expressa publicamente o seu gênero. Pode ser em relação ao comportamento, ou questões relacionadas à aparência, como roupas, cabelo, voz, linguagem corporal, dentre diversas formas de expressar-se, incluindo também a escolha do pronome de tratamento (ONTARIO HUMAN RIGHTS COMMISSION, 2014).

O termo cisgênero, ou cis refere-se às “pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento [...]. Denominamos as pessoas não-cisgênero, as que não se identificam com o gênero que lhes foi determinado, como transgenero, ou trans” (JESUS, 2012, p. 10). Da mesma forma que há a heteronormatividade, há também a cisnormatividade e o cissexismo. Jesus (2012, p. 28) afirma que o cissexismo é uma

ideologia, resultante do binarismo ou dimorfismo sexual, que se fundamenta na crença estereotipada de que características biológicas relacionadas a sexo são correspondentes a características

psicossociais relacionadas a gênero. O cissexismo, ao nível institucional, redundando em prejuízos ao direito à auto-expressão de gênero das pessoas, criando mecanismos legais e culturais de subordinação das pessoas cisgênero e transgênero ao gênero que lhes foi atribuído ao nascimento. Para as pessoas trans em particular, o cissexismo invisibiliza e estigmatiza suas práticas sociais

Desta forma, a identidade de gênero não possui relação com a orientação sexual, esta segunda remete-se à atração afetivo/sexual por alguém. Pode ser homossexual, quando sente atração por alguém do mesmo gênero; pode ser heterossexual, quando sente atração por alguém de gênero diferente; pode ser bissexual quando sente atração por qualquer gênero ou assexual quando não sente atração por gênero nenhum (JESUS, 2012), dentre outros. Por exemplo, uma mulher trans pode ser tanto heterossexual como homossexual ou qualquer outra orientação sexual que ela se identifique. “Pessoas transgênero são como as cisgênero, podem ter qualquer orientação sexual: nem todo homem e mulher é ‘naturalmente’ cisgênero e/ou heterossexual” (JESUS, 2012, p.13).

O reconhecimento que a LGBTfobia, a cis-heteronormatividade são os principais motivos causadores das dificuldades vivenciadas pela população LGBT é essencial para a orientação da luta pela conquista de direitos humanos e para o empoderamento destas pessoas. Tal perspectiva deve partir dos primórdios da educação como fins de prevenção à discriminação e ao preconceito, tendo em vista o desenvolvimento comunitário vinculado ao ativismo social (HARPER; SCHNEIDER, 2003). Faz-se necessário, portanto, um rompimento com os padrões sociais que acabam por estimular o preconceito, a discriminação, muitas vezes de forma velada, causando prejuízos em diversas esferas, inclusive, como por exemplo, no atendimento à saúde (SANTOS et al., 2015).

Há diversos estudos que revelam que os introjetos socioculturais calcados na LGBTfobia e na heteronormatividade, permeiam os atendimentos em saúde, o que acaba por resultar em atendimentos insuficientes e de má qualidade, que contribuem para o afastamento da população LGBT ao acesso à saúde (MELLO et al., 2011; SOUSA et al., 2014; SANTOS et al., 2015; GARCIA, et al., 2016). Tal situação é geradora de sofrimento e pode interferir inclusive no processo de adoecimento dessa população. Desta forma, a discriminação pela orientação sexual pode ser entendida também como um importante conflito ético entre profissionais e usuários (SANTOS et al., 2015).

Apesar dos difíceis avanços conquistados na área da saúde por uma visão ampliada com críticas ao modelo biologizante, hospitalocêntrico e individualista (NUNES, 1994; BARBOSA, AZEVEDO, 2009), a saúde coletiva necessita repensar suas práticas, sem perder de foco a legitimação de sua identidade, a “reflexão e crítica do social/coletivo” (NUNES, 1994, p. 19), com suporte interdisciplinar e multiprofissional, a fim de consolidar o conceito ampliado de saúde.

A Saúde Coletiva surgiu como uma crítica ao universalismo naturalista concebido pelo saber médico, advindo da evolução da sociedade industrial. Ao se reconhecer que as relações sociais do sujeito com o seu corpo, com as outras pessoas, com a sociedade como um todo são influenciadas e mediadas por diferentes esferas - linguagem, crenças, tradições, cultura, valores - a perspectiva naturalista se torna insuficiente para se pensar em saúde (BIRMAN, 2005). Visto que

a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos (BIRMAN, 2005, p.13).

É necessário o reconhecimento dos corpos, gêneros e sexualidades dissonantes da cisgeneridade e da heterossexualidade como manifestações humanas legítimas e não como questões que fogem à norma. Também a desvinculação da concepção de sexualidade para fins reprodutivos é essencial para democratização dos direitos sexuais, reprodutivos, de exercício à autonomia. Desta forma, é imprescindível repensar nos direitos sexuais e reprodutivos, quebrando paradigmas a respeito das normatizações da sexualidade que se baseiam na lógica hetero cisnormativa. Tal processo implica então na legitimação de diferentes discursos a respeito da sexualidade, e ainda no seu reconhecimento como instrumento crítico ao saber biomédico. Assim seria possível a efetivação de um SUS que garanta os direitos de cidadania

relativos ao campo da saúde integral para a população LGBT (LIONÇO, 2008).

A universalidade, a equidade e a integralidade como princípios fundamentais para o direito à saúde requerem propostas de estratégias de acolhimento e atenções voltadas às especificidades e particularidades daqueles que buscam os serviços de saúde. Isto implica incluir nas diferentes esferas de determinantes e condicionantes da saúde, questões de sexualidade e identidade de gênero, e ainda, ser pauta obrigatória na formação dos profissionais de saúde. Porém, as barreiras de acesso ao sistema só poderão ser eliminadas com o rompimento dos processos de discriminação institucionalizados (LIONÇO, 2008).

Assim, ainda há muito a ser conquistado em relação à efetiva universalidade, equidade e integralidade na atenção à saúde, em relação à população LGBT. Ainda que o governo federal esteja desenvolvendo diversos planos e ações a respeito da saúde da população LGBT, os entraves para sua efetivação são grandes, dificultando o acesso dessa população aos serviços de saúde. Tais dificuldades de acesso estão atreladas também ao preconceito, à discriminação, à visão binária de gênero compartilhada por muitos profissionais de saúde, e também por grande parte da população (MELLO et al., 2011).

De acordo com os resultados da pesquisa realizada por Pinto e Moleiro (2012) em Portugal, há poucos dados sobre os acompanhamentos clínicos de pessoas trans, ou ainda sobre a qualidade dos mesmos. Apesar dos profissionais referirem tomar alguns cuidados como o uso de pronomes de tratamento de acordo com o gênero identificado e o nome social, a maioria deles relata não ter tido nenhum tipo de estudo na área de sexologia ou transexualidade durante sua formação acadêmica, ficando a critério de cada um buscar ou não tais conhecimentos. Desta forma, a maioria dos profissionais, mesmo com pós-graduação na área de sexologia, entendiam-se autodidatas em relação ao acompanhamento de pessoas trans (PINTO; MOLEIRO, 2012), fato também observado na pesquisa que Snelgrove et al. (2012) realizaram em Ontário, Canadá.

Retomando a pesquisa de Pinto e Moleiro (2012), as falas das(os) usuários trans revelaram que

concepções rígidas e estereotipadas acerca dos papéis de gênero, por parte dos/as profissionais que os/as acompanharam, bem como do modo como estes valores condicionam a prestação de cuidados de saúde sensíveis à diversidade. Desta forma, não é efetivamente conseguida a provisão de uma

atmosfera percebida como empática e segura, livre de pressupostos (hetero) sexistas e possibilitadora da emergência de narrativas diversas (PINTO; MOLEIRO, 2012, p. 1147).

Ainda dentro do relato das(os) usuária(o)s, com frequência afirmaram vivenciar questões de saúde mental (depressão, ansiedade, tentativas de suicídio) relacionados principalmente ao preconceito e discriminação (PINTO, MOLEIRO, 2012). Corroborando com este resultado pesquisa realizada no Brasil, em que os relatos de usuários mostram o sofrimento psíquico relacionado, além das causas citadas, também com a não identificação com o sexo atribuído ao nascimento e todas as questões sociais envolvidas (ARÀN; Zaidhaft; Murta, 2008).

Segundo Makadon (2011), apesar das dificuldades e problemas de saúde serem compartilhados por toda a população, é inevitável apontar a presença de iniquidades no atendimento à saúde quando se trata da população LGBT, que demandam relações clínicas livres de julgamentos moralistas. Desta forma, o autor afirma que o profissional de saúde deve ser proativo e ter sensibilidade para conversar com o usuário sobre sua história de vida, orientação sexual e identidade de gênero, mantendo um ambiente confortável e seguro. Apenas com essa aproximação entre profissional e usuário, será possível um atendimento de qualidade que contemple as suas necessidades específicas.

Uma pesquisa realizada no Canadá buscou identificar quais as barreiras reconhecidas por médicos em relação ao atendimento de pessoas trans. Dentre as barreiras citadas destacam-se a relacionada a pouco conhecimento do profissional em relação ao tratamento adequado e aos recursos disponíveis; as questões éticas envolvidas nas necessidades específicas desta população e a forma que está organizado o sistema de saúde (baseado no sistema binário de gênero, e na patologização da transexualidade); e ainda a preocupação do profissional em influenciar o usuário na tomada de decisão para iniciar, ou não, o tratamento e seu posterior arrependimento (Snelgrove et al., 2012).

Com o objetivo de “promover a assistência baseado em evidências, a educação, a pesquisa, a promoção e defesa (*advocacy*), as políticas públicas e o respeito à saúde trans” (Coleman, 2012, p. 1), a Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero (WPATH) é composta por profissionais de diferentes áreas de atuação para fins de auxiliar e aprimorar as práticas de saúde, pesquisa e educação, assim como a garantia de direitos sem discriminação das pessoas trans e travestis. Além de construir normas de atenção flexíveis para auxiliar o

trabalho de profissionais de saúde (COLEMAN, 2012), a WPATH, em 2010, pronunciou-se com intuito de estimular a despatologização da variação/diversidade de gênero (*gender variance*), afirmando que

the expression of gender characteristics, including identities, that are not stereotypically associated with one's assigned sex at birth is a common and culturally-diverse human phenomenon which should not be judged as inherently pathological or negative. The psychopathologisation of gender characteristics and identities reinforces or can prompt stigma, making prejudice and discrimination more likely, rendering transgender and transsexual people more vulnerable to social and legal marginalisation and exclusion, and increasing risks to mental and physical well-being⁶ (WPATH, 2010, p.1).

Neste mesmo caminho encontra-se o Conselho Federal de Psicologia, o qual em 2014 deu início a uma campanha em prol à luta para despatologização das transexualidades e travestilidades, propondo uma nova forma de pensar e agir dentro do campo da psicologia (CFP, 2016).

Para McIntyre e McDonald (2012) a mídia transmite uma imagem de avanços políticos e sociais relacionados à população LGBT na América do Norte, o que acaba por dissimular a realidade composta pelo predomínio da heteronormatividade. Nesta perspectiva, Wahlert e Fiester (2013) ressaltam que, nos Estados Unidos, apesar da concretização de diversos movimentos em busca dos direitos da população LGBT, estes encontram-se em estado de grande vulnerabilidade quando se trata da área da saúde, principalmente em relação aos direitos dos familiares e do usuário, como à tomada de decisão sobre a situação de saúde do cônjuge.

Desta forma, os autores, Wahlert e Fiester (2013) entendem que os feitos já conquistados em relação aos direitos de LGBT podem mascarar a realidade e contribuir para uma ideia falsa de segurança, em

⁶ Tradução livre: A expressão das características de gênero, incluindo identidades, que não estão associadas estereotipicamente com o sexo atribuído ao nascimento, é um fenômeno humano comum e culturalmente diverso que não deve ser julgado como patológico ou negativo. A psicopatologização das características e identidades de gênero reforçam ou podem estimular o estigma, tornando o preconceito e a discriminação mais prováveis, tornando as pessoas transgênero e transexuais mais vulneráveis à marginalização e exclusão sociais e legais e ao aumento dos riscos para o bem-estar mental e físico.

que a população LGBT acredite estar vivenciando um período de superação de estigmas, discriminação, e que na realidade ainda há muito a ser conquistado, uma importante tarefa para gestores e políticos. Os autores pontuam ainda que é crucial discussões sobre os cuidados em saúde de usuários LGBT em todos os níveis de atenção.

Apenas por volta de 1990 que se tornam visíveis pelo Estado os coletivos de movimentos de transexuais e travestis, com exigências para o governo atuar de acordo com demandas específicas. No entanto, mantinha-se a pouca visibilidade das mulheres cis bissexuais e lésbicas, não incluídas nas ações de prevenção do HIV/Aids por não serem consideradas em situação de risco (BRASIL, 2013). Somente com a aproximação do movimento feminista foi possível colocar em pauta diversas questões relacionadas à sexualidade e saúde da mulher cis (BARBOSA; FACCHINI, 2009; BRASIL, 2013), assim como o combate ao sexismo, à desigualdade de gênero e misoginia (BRASIL, 2013).

A invisibilidade de mulheres cis lésbicas é interessantemente abordada por Navarro-Swain (2016, s/p. grifo da autora) a qual afirma que

o que se sabe da História da humanidade depende de uma racionalidade impressa aos fatos, é uma história, uma narração cujas conexões são arbitrárias. Isto significa que os olhos vêm o que querem e podem ver numa “política de esquecimento”: apaga-se ou destrói-se o que não interessa à moral, às convicções, aos costumes, à permanência de tradições e valores que são dominantes em uma dada época.

Ou seja, a história da sociedade foi contada com um viés patriarcal em que os eventos ganharam ou perderam importância, de acordo com interesses. Desta forma a cis lesbianidade permaneceu oculta. “Não se fala, logo, não existe. [...] As mulheres homossexuais não tinham direito a um nome, logo, à existência” (NAVARRO-SWAIN, 2016, s/p.)

Carvalho, Calderaro e Souza (2013) verificaram que, no banco de dados MEDLINE, apenas 1.321 artigos entre 1966 (data do primeiro artigo encontrado de acordo com a pesquisa) e 2011 apresentavam a palavra lésbica ou lesbianidade, representando um total de 0,01% do total de artigos neste período disponíveis na MEDLINE. Número que cai significativamente quando introduzida as palavras “saúde lésbica”, com apenas 201 artigos no período de 1981 (data do primeiro artigo

encontrado de acordo com a pesquisa) até 2011. Ao analisar documentos a respeito da saúde de mulheres cis lésbicas (tanto documentos produzidos pelo governo, quanto por coletivos) percebe-se que há ênfase na preocupação por questões sexualmente transmissíveis como HIV/Aids, no entanto, paralelamente pouco se fala sobre outras maneiras de garantir a saúde e integridade dessas mulheres. As autoras afirmam ainda a necessidade de questionar a vulnerabilidade de saúde sugeridas por estes documentos, visto que acabam por associar a prevalência de câncer de mama e de colo de útero de mulheres cis lésbicas com a falta da maternidade e amamentação, sem considerar questões de ordem institucional, de disponibilidade de recursos e ofertas de serviços de saúde. Tal associação remete a

questões de gênero que colocam a sexualidade da mulher voltada para a reprodução. Tanto um quanto o outro exemplo, são indicativos de um mecanismo sutil de regulação da sexualidade que, se por um lado, foca-se na determinação das condutas em função do discurso da prevenção, por outro, no que concerne à saúde reprodutiva, reforça-se as “punições” que podem decorrer quando o corpo não trilha o percurso de uma sexualidade heteronormativa, que pressupõe uma maternidade posterior. Tal afirmação enseja uma reflexão acerca de que a saúde também é local de controle da (homo) sexualidade (p. 122).

Barbosa e Facchini (2009), em sua pesquisa realizada em São Paulo, apontam que a maioria das mulheres cis participantes que se relacionavam com outras mulheres cis e que frequentavam ginecologista referiram sua orientação sexual para o profissional, porém tal informação não resultou em mudança de conduta de forma a considerar as especificidades de demandas da usuária. Pelo contrário, muitos profissionais não souberam dar informações de prevenção ou orientação de outros cuidados, revelando não ter conhecimento a respeito da atividade sexual entre mulheres cis, agindo muitas vezes como se não houvesse nada a falar, ou com comentários discriminatórios, deixando até de pedir por exames clínicos ou ginecológicos, como o exame de mama e o preventivo. Desta forma, concluem que o conhecimento insuficiente, as poucas pesquisas científicas com esta temática, somadas à falta de políticas públicas efetivas que reconheçam as verdadeiras necessidades e dificuldades enfrentadas por esta população, atreladas ao preconceito,

discriminação, acabam por resultar em recursos desperdiçados no contexto de saúde pública. Do mesmo modo resultam “em constrangimento durante o atendimento, em assistência inadequada e, muito provavelmente, em um grande contingente de mulheres com problemas de saúde não diagnosticados e não tratados” (p. s298).

Para que os atendimentos em saúde ocorram sem discriminação, Mansh, Garcia e Lunn (2015) afirmam que é preciso haver uma mudança cultural no sistema de ensino, com ações que priorizem a equidade e a inclusão, de forma a preparar melhor os profissionais de saúde para lidar com demandas específicas, livres de preconceitos, tanto para com os usuários, quanto para os próprios profissionais LGBT. “Medicine must invest in the tools to ensure that positive change is taking place⁷” (p. 576). Destacam ainda que os profissionais que são LGBT podem ser fortes aliados para concretização de tais conquistas, pela identificação genuína e conexão com a população LGBT.

Porém, é importante destacar que as mudanças no sistema de ensino devem estar diretamente relacionadas também à qualidade da formação ética dos estudantes. Finkler, Caetano e Ramos (2013) apontam que o ensino da ética necessita ocorrer para além da Deontologia, de uma ética profissional. Deve-se ter como fundamento a autocrítica, a reflexão interior, a qual por meio de diálogo e escuta permite tomar uma decisão coerente em cada situação de conflito ético, sempre levando em conta sua peculiaridade. Desta forma os autores refletem ainda que a formação profissional não envolve apenas questões pertinentes ao processo de ensino e aprendizagem, mas também está relacionada com o processo de socialização profissional compartilhada, a qual deve contribuir para desenvolvimento moral e da formação de caráter do estudante. Dentro desta perspectiva, a ética que provoca reflexão e não se atém a normas pré-estabelecidas fazem parte da postura proposta pela bioética, ressaltando que as

disciplinas de Bioética não são responsáveis exatamente pelo ensino da ética, mas pelo aprimoramento ético-humanístico dos futuros profissionais. Sua atuação deve pautar-se pela instrumentalização dos estudantes para a reflexão crítica, inclusive e, principalmente, acerca de si e das consequências de suas ações sobre os demais (p. 3041).

⁷ Tradução livre: A medicina deve investir em estratégias que garantam que as mudanças positivas estejam ocorrendo.

Cabe aqui mencionar o engajamento da população LGBT para com questões de saúde pública, como o combate ao HIV/Aids e à violência, assim como alguns avanços nas conquistas pelos direitos humanos desta população no Brasil,: a homossexualidade que deixou de ser considerada doença pelo Conselho Federal de Medicina em 1985, antes mesmo da OMS; o reconhecimento de casais homossexuais para garantia de benefícios do cônjuge em situações de falecimento ou reclusão; o direito pela guarda dos filhos criados em comum (BRASIL, 2004), a inserção da garantia do uso do nome social na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2013). Recentemente foi aprovado o Decreto nº 8.727 de 28 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) que permite o uso de nome social em todos os órgãos públicos, autarquias e fundações, e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais (muito embora, correndo importante risco de ser vetado), bem como a garantia do reconhecimento da possibilidade de união estável em relações homoafetivas a partir de 2011 (BRASIL, 2011b).

A Resolução do Conselho Federal de Psicologia, nº 001/99 também merece destaque, pois regulamenta a prática da psicologia em relação a questões de orientação sexual em que se sobressalta a contribuição do psicólogo em relação a reflexões sobre preconceito, discriminação, proibindo qualquer ação que favoreça a patologização da homossexualidade, ou de qualquer orientação sexual não-heterossexual, assim como tentativas de tratamento e cura (CFP, 1999).

Em novembro de 2006, especialistas em legislação de direitos humanos de 25 países se reuniram em Yogyakarta, Indonésia para desenvolver princípios jurídicos a respeito da “aplicação da legislação internacional às violações de direitos humanos com base na orientação sexual e identidade de gênero, no sentido de dar mais clareza e coerência às obrigações de direitos humanos dos Estados” (p. 7). Os Princípios de Yogyakarta foram adotados por unanimidade e “tratam de um amplo espectro de normas de direitos humanos e de sua aplicação a questões de orientação sexual e identidade de gênero” (PRINCIPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 7).

É também relevante destacar outras duas ações governamentais de grande importância para a conquista dos direitos da população LGBT: o programa “*Brasil sem homofobia*” (BRASIL, 2004) e a *Política Nacional de Saúde LGBT* (BRASIL, 2013). O “*Brasil sem homofobia*” -

Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB⁸ e de Promoção da Cidadania Homossexual - instituído em 2004, foi uma importante concretização de conquistas adquiridas, nos âmbitos sociais, políticos e judiciais, com muito esforço e anos de luta pelo respeito às diferenças. Dentre seus pontos principais encontram-se medidas para extinguir a discriminação e a violência, investindo na educação e na modificação de atitudes dos gestores públicos. Faz parte ainda dos objetivos, a promoção da cidadania para a população LGBT por meio da conquista da igualdade dos direitos, levando sempre em consideração as peculiaridades de cada um desses grupos. Desta forma, “apresenta um conjunto de ações destinadas à promoção do respeito à diversidade sexual e ao combate as várias formas de violação dos direitos humanos de GLTB” (BRASIL, 2004, p. 27).

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – PNSI LGBT (BRASIL, 2013) foi norteadada pelas diretrizes presentes no Programa Brasil Sem Homofobia. É também um marco importante, não apenas pelo reconhecimento de situação de vulnerabilidade dessa população, mas também pelo reconhecimento das consequências da discriminação no processo saúde e doença, e da necessidade de visibilidade e de atendimento às demandas destas pessoas que por tanto tempo foram negligenciadas. Tem como 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, p. 18). Para tal, é indispensável a atuação em conjunto com a comunidade, a fim de garantir o direito ao acesso à saúde por meio do controle social (BRASIL, 2013).

Como comprometimento ético de todos os atuantes do SUS (gestores, trabalhadores da saúde, conselheiros, dentre outros), deu-se início a instituição de ações que visem extinguir a discriminação de LGBT nos locais de serviço e atendimento público de saúde. Desta forma, para humanização do cuidado à saúde da população LGBT, em termos também de promoção, proteção, prevenção da saúde, esta política entende como fundamental a importância do atendimento livre de preconceitos e discriminação, com respeito, sem exclusão social. Tais medidas são essenciais para consolidar um estado laico, com promoção da democracia

⁸ A mudança da sigla para LGBT ocorreu em 2008, a partir da Conferência Nacional GLBT com intuito de dar visibilidade à população lésbica (FACCHINI; FRANÇA, 2009).

social e ainda, ampliação da compreensão sanitária em busca da defesa dos direitos da saúde, assim como direitos sexuais, como elementos essenciais da saúde (BRASIL, 2013).

Porém, compreende-se a dificuldade de se manterem estas conquistas e ainda continuar lutando por outras, frente ao aumento do conservadorismo moral nas instituições públicas dos três poderes e na sociedade civil brasileira (NOSSA ESTRATÉGIA, 2016). Infelizmente, com uma conjuntura política cada vez mais formada por um congresso extremamente conservador, com grande influência do fundamentalismo religioso, o avanço proposto pela PNSI LGBT vem sendo desacelerado por tentativas de implementação de projetos de lei que acabam ferindo as conquistas em relação aos direitos humanos da população LGBT, as quais avançam e retrocedem diversas vezes. A importância do olhar ético para esse contexto se faz essencial para a concretização de um estado laico, mais justo e democrático, podendo ser a bioética uma importante aliada para tal mudança. Berlinguer (2004, p.81) argumenta que seriam necessários três princípios fundamentais para a concretização de um estado laico e democrático: “os direitos humanos, o pluralismo das ideias e dos comportamentos e a busca de finalidades comuns”, sendo que tais princípios deveriam vir acima de qualquer ideologia ou religiões.

Wahlert e Fiester (2012) chamam a atenção para a falta de estudos na área de bioética que explorem questões sobre sexualidade e identidade de gênero. Desta forma, os autores relatam a criação de um projeto⁹, com mais de 300 estudiosos de 20 países diferentes, a fim de incentivar pesquisas que coloquem em foco as questões mencionadas acima em conjunto com uma reflexão crítica e diálogo entre os bioeticistas e a medicina humanitária.

Nelson (2012) reescreve uma crítica em relação ao “silêncio dos bioeticistas” quando se trata das questões de gênero, retomando seu artigo publicado em 1998 em que abordou sobre a importância de os bioeticistas utilizarem suas ferramentas de análise normativa para uma área que se beneficiaria muito deste olhar. Porém, constata que, diferentemente do que esperava, atualmente as questões de gênero continuam a não atrair a atenção no campo da bioética, sendo este marcado por sua ausência de reflexões profundas a esse respeito, ou ainda, por publicações que pouco avançaram nas discussões, inclusive com olhar pautado em uma visão retrógrada em relação à temática trans.

⁹ Project on Bioethics, Sexuality, and Gender Identity. Para maiores informações: www.queerbioethics.org

O autor encerra seu artigo com a seguinte reflexão: “Thinking about the nature of gender variance and the ethics of how health care responds to it may be a fruitful context for thinking about the nature of bioethics and the ethics of how we do it¹⁰” (NELSON, 2012, p. 258). Ou seja, de forma profunda, provoca-nos o exercício de uma percepção crítica sobre o atual uso da bioética e a disponibilidade pessoal de rever nossos valores e como estes podem conduzir nossas ações, levando-nos a indagar sobre o quão bem utilizamo-nos dos recursos que a bioética nos provém.

Garcia et al. (2016) realizaram uma pesquisa a respeito das representações sociais (RS) da população LGBT sobre saúde, tendo como participantes 30 pessoas LGBT de um município do Ceará. Como resultado foram apresentadas RS de saúde com uma visão reducionista, destacando questões como ausência de doença, com ênfase nas IST¹¹ e dificuldades no acesso às consultas médicas. Os participantes que buscaram serviços de saúde relataram críticas ao sistema e ao tratamento recebido, identificando barreiras relacionadas à marcante presença da heteronormatividade, preconceito social e institucional. Em suma, os dados apresentaram uma população vulnerada, com exposição a condições de risco, que vivenciam diversos obstáculos e iniquidades sociais.

Tais dados provocam questionamentos a respeito da saúde da população LGBT principalmente em relação à qualidade da atenção fornecida pelos serviços de saúde. Os autores consideram então que seria necessária uma aproximação maior entre trabalhadores da saúde e a população LGBT, “a fim de estabelecer uma atenção mais eficiente e equânime ao grupo. As unidades de saúde devem priorizar ações de atenção e promoção da saúde do grupo em questão, viabilizando a redução de danos à saúde LGBT” (GARCIA et al., 2016, p. 6).

Pereira et al. (2013) sugerem a possibilidade de haver no Brasil RS normativas a respeito da homossexualidade, que de alguma maneira, admite a manifestação de atitudes e comportamentos de cunho homofóbico. Além disso, os autores chamam a atenção para a falta de

¹⁰ Tradução livre: “Pensar sobre a natureza da diversidade de gênero e da ética em como os cuidados de saúde atuam em relação a isso, pode ser um contexto rico para se pensar sobre a natureza da bioética e a ética de como a fazemos”.

¹¹ Esta terminologia passa a ser utilizada para substituir a expressão DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis, pois compreende-se que há a possibilidade de transmitir a infecção, mesmo sem sinais e sintomas de adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

estudos sobre RS e homossexualidade e ainda sobre o papel das RS no preconceito em relação a essa população. Os resultados da pesquisa realizada pelos autores “indicam que o preconceito pode ser o mecanismo psicológico por meio do qual as RS sobre a natureza dos grupos sociais fomentam a discriminação contra esses grupos” (PEREIRA et al., 2013, p. 86). Desta forma o estudo conclui que a RS baseada nas crenças sobre a natureza da homossexualidade podem ser determinantes em relação ao preconceito e discriminação entre grupos. Sendo assim, no intuito de diminuir o preconceito em relação às pessoas homossexuais, deve ser levado em conta a influência das teorias e concepções de senso comum “sobre a natureza da homossexualidade, procurando combater as que promovem preconceito e valorizar as que promovem abertura e inclusão social” (PEREIRA et al., 2013, p.88). Além disso é importante também refletir e contestar a própria “naturalização da heterossexualidade”.

Um estudo realizado com 220 estudantes de graduação de uma universidade pública de João Pessoa procurou investigar como os estudantes expressam o preconceito contra homossexuais e como esse preconceito se relaciona com a explicação da homossexualidade. Desta forma, foi possível classificar os participantes em três grupos. Preconceituosos flagrantes (38%), que seriam aqueles que apresentaram alto índice de rejeição da intimidade, expressando muitas emoções negativas e poucas emoções positivas em relação à homossexualidade; preconceituosos sutis (38%), que apresentam baixa rejeição à intimidade, assim como baixo nível de emoções negativas, porém não reconhecem emoções positivas, acabando por não se mostrarem contrários às normas preconceituosas - este dois primeiros grupos somaram mais de três quartos dos participantes. E por fim, o grupo dos não preconceituosos (24%), os quais apresentaram pouca rejeição à intimidade, baixa expressão de emoções negativas e muitas emoções positivas (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

Já em relação às RS da homossexualidade ocorreram de acordo com cinco modelos explicativos previamente definidos: morais – relacionada ao entendimento de que a homossexualidade seria um desrespeito dos valores morais, estando relacionada à falta de caráter; religiosas – relacionadas ao pecado de não resistir às tentações; psicossociais – visão despatologizante da homossexualidade sendo entendida como uma orientação sexual qualquer; psicológicas – crença de traumas sofridos durante a infância; e por fim as explicações biológicas – relaciona à homossexualidade com patologia oriunda de alterações hormonais, fisiológicas ou gestacionais (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

Todos os estudantes classificados como não preconceituosos e como preconceituosos sutis discordaram das explicações morais e religiosas. Porém, o que diferencia um grupo do outro é que os não preconceituosos concordaram com as explicações psicossociais e os sutis com as explicações biológicas e psicológicas. Já os preconceituosos flagrantes compreenderam a homossexualidade por base das explicações morais e religiosas, discordando das psicossociais. Desta forma os autores identificam que as variáveis que mais contribuem para a ancoragem social do preconceito e da discriminação dos estudantes contra os homossexuais são as explicações morais, religiosas, biológicas e psicológicas atribuídas à homossexualidade que a relacionam ou como uma patologia biológica ou psicológica ou ainda a pessoa homossexual como imoral (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

Corroboram com esta pesquisa os resultados do estudo de Pereira et al (2011) realizado com seminaristas católicos e evangélicos. Neste estudo os resultados polarizaram-se apenas entre preconceituosos flagrantes e sutis, os quais apresentaram crenças de acordo com as cinco explicações citadas anteriormente. Nesta pesquisa não foi identificado um grupo de alunos não preconceituosos. Havia diferenças significativas entre cada tipo de seminário, tendo os seminaristas evangélicos em sua maioria expressado seus preconceitos de forma mais flagrante que a maior parte dos católicos, que foram identificados como sutis. Os autores consideram então, que as representações construídas a respeito da homossexualidade fundamentam atitudes preconceituosas contra este grupo, sendo assim, qualquer tipo de intervenção como prevenção ou redução do preconceito deve ser realizada em relação ao tipo de crença a respeito da natureza da homossexualidade, ressaltando-se a crença de natureza psicossocial e desvalidando as crenças moralistas (PEREIRA et al., 2011)

Scardua e Souza Filho (2006) estudaram as RS da homossexualidade em estudantes universitários do Rio de Janeiro. Como parte dos resultados pode-se destacar que os estudantes heterossexuais apontaram em sua maioria o caráter intencional da homossexualidade, diferente da maior parte dos estudantes homossexuais que ressaltaram a não-intencionalidade. Para os autores, uma das possíveis críticas a serem feitas em relação a esse fato seria que, ao utilizar da noção de intencionalidade da homossexualidade, os estudantes heterossexuais poderiam assim justificar uma responsabilidade e até mesmo um culpabilização das pessoas homossexuais pela sua orientação sexual. Comportamentos que também banalizam ações discriminatórias e preconceituosas.

Há diversos estudos que verificam a automaticidade de estereótipos e preconceitos principalmente relacionados a gênero e raça. Tal fator acaba por gerar uma grave consequência, de que o preconceito seria compreensível, normal e inevitável no processo de categorização (LIMA; VALA, 2004).

Existem muitos estudos que demonstram que negros, homossexuais e mulheres produzem ativação automática dos estereótipos, mas existem muito poucos estudos que analisam a ativação automática dos estereótipos quando encontramos um branco, um homem ou um heterossexual [...]. Isso nos leva a questionar em que medida essa forma seletiva ou enviesada de automaticidade pode ser considerada universal ou inevitável, como faz supor grande parte da teorização em psicologia social (LIMA; VALA, p. 50).

Desta forma Lima e Vala (2004) questionam qual o papel dos estereótipos e do preconceito na sociedade, estando estes principalmente relacionados com a necessidade de permanência dos padrões e normas sociais. Concluindo que o preconceito, ainda que tenha uma ativação automática pode ser problematizado e assim, desconstruído.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo se apresenta a Teoria das Representações Sociais (TRS), adotada como referencial teórico desta pesquisa por se entender que a compreensão das RS dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde é uma etapa fundamental para a análise mais ampliada da própria atenção à saúde da população LGBT.

A expressão “representações sociais” (RS) foi cunhada por Serge Moscovici em 1961, durante sua tese de doutorado. A TRS procura elucidar as diversas possibilidades de pensamento em sociedades particulares, nas quais circulam conteúdos do conhecimento científico. Desta forma há a preocupação de estudar fenômenos da atualidade que ainda não tiveram tempo para se concretizar, sendo muitas dessas representações fruto de conteúdos disponibilizados pela ciência e seus praticantes (CASTRO, 2002). A TRS se refere ainda, ao estudo de pessoas pensantes e seus esforços para compreender o mundo a sua volta. Desta forma, entende-se que as ações e cognições humanas vão para além de informações ou ações pré-determinadas socialmente. Os indivíduos e seus grupos são ativos e autônomos, estando constantemente construindo e transmitindo representações (MOSCOVICI, 1981)

O desenvolvimento da TRS teve como base o conceito de representações coletivas elaborado por Durkheim. Porém, Moscovici aborda as RS por um ponto de vista diferente do utilizado nas representações coletivas, visto que compreende que a Psicologia Social deveria se diferenciar da forma com que a Sociologia aborda tal conceito. Durkheim propõe que para a sociologia os indivíduos seriam receptores passivos das ideologias dominantes (Estado, Igreja, escola), sendo esta uma característica crucial que diferencia as duas teorias, pois conforme já mencionado, Moscovici compreendia a autonomia e dinâmica dos sujeitos (MOSCOVICI, 1981).

As RS são fenômenos sensíveis, quase palpáveis que permeiam as relações, gestos, posturas, estando presentes de forma concisa cotidianamente. Porém, ainda que seja fácil compreender sua realidade e presença, seu conceito é complexo e difícil de apreender, principalmente devido sua posição “mista” de conceitos sociológicos e conceitos psicológicos, ou ainda em relação à transição de esferas sensoriais e motoras para a esfera cognitiva (MOSCOVICI, 1978). Sendo assim,

representar um objeto é, ao mesmo tempo, conferir-lhe o *status* de um *signo*, é conhece-lo

tornando significativo. De um modo particular, dominamo-lo e interiorizamo-lo, fazemo-lo nosso. É verdadeiramente um modo particular, porque culmina em que *todas as coisas são representações de alguma coisa* (MOSCOVICI, 1978, p. 63-64, grifo do autor).

De forma geral, as RS nos permitem identificar a relação entre as pessoas e o mundo em que vivem, para assim adaptar-se, orientar-se, localizar-se física ou intelectualmente, reconhecer e solucionar problemas. Há um compartilhamento social de percepções e vivências - às vezes concordando, outras discordando - que possibilitam compreensão, gerenciamento ou afrontamento das ideias. Estão sempre atuando na vida social, "... nos guiam na maneira de nomear e definir em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la" (JODELET, 1993, s/p). E ainda, as RS propõem dar sentido a um elemento em destaque, para assim naturalizá-lo e interpretá-lo, fazendo com que o mundo seja visto da maneira que se acredita que ele é ou deveria ser (MOSCOVICI, 1978).

Por meio das RS pode-se abordar fenômenos observáveis diretamente ou reedificados cientificamente em pesquisas, trabalhos. As RS são fenômenos compostos por diversos elementos (cognitivos, normativos, valores, crenças, dentre outros), os quais expressam informações sobre a situação da realidade. Como já mencionado, na maioria das vezes são simples de observar, visto que "circulam nos discursos, são carregadas pelas palavras, veiculadas nas mensagens e imagens mediáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais" (JODELET, 1993, s/p.).

É importante ressaltar que as RS transformam algo desconhecido em algo familiar, por meio dos processos de ancoragem e objetivação. A ancoragem é o processo de relacionar algo novo e desconhecido a algum conhecimento prévio, de modo a comparar a informação nova com a previamente adquirida (MOSCOVICI, 1981). Ou seja, refere-se à assimilação de um novo conhecimento tendo como base as informações de experiências pessoais anteriores, permitindo assim a reelaboração destas experiências (JUSTO, 2012). Faz parte deste processo os mecanismos de classificação e de nomeação (MOSCOVICI, 1981).

O mecanismo de classificação utiliza-se de "um conhecimento antigo para categorizar o desconhecido por meio da generalização ou individualização" (JUSTO, 2012p. 26). Desta forma, atribui-se um rótulo ou

uma categoria pertencente à linguagem do indivíduo ou do seu grupo/categoria social. Esse processo requer atribuição de valores positivos ou negativos, envolvendo assim uma posição hierárquica (MOSCOVICI, 1981). Já em relação ao mecanismo de nomeação “se tem a intenção de torná-lo mais próximo aos objetos que são semelhantes a este, distinguindo dos que são diferentes” (p. 26). Por meio da atribuição de nomes, o objeto em questão passa a ser uma imagem comunicável, tendo como intuito uma funcionalidade social (MOSCOVICI, 1981).

Quanto à objetivação, está associada com o processo de dar significado a uma ideia, um esquema do âmbito conceitual/intelectual para o âmbito material, tornando-o real, redefinindo a relação do sujeito com o objeto. Por exemplo, um conceito científico pode passar a ser compartilhado socialmente, sob a direção de novas regras, novas convenções (MOSCOVICI, 1978). Refere-se à transformação da representação em um objeto, um “ícone de representação” (JUSTO, 2012, p. 26), visto que recorrentemente há a materialização das ideias e significados “estabelecendo correspondência entre as palavras e as coisas” (p. 26). Aproxima-se assim, conceito e imagem até que não haja diferença entre imagem e realidade (MOSCOVICI, 1981). Desta forma faz parte da objetivação duas operações essenciais: naturalizar e classificar. “Uma torna o símbolo real, a outra dá à realidade um ar simbólico” (MOSCOVICI, 1978, p. 113).

Assim, as RS são relações do sujeito com um objeto - o qual pode ser uma coisa, uma pessoa, uma situação material, psíquica ou social, dentre diversas outras possibilidades – sendo que as características do sujeito e do objeto em questão influenciarão na construção da RS. Em outras palavras, a RS e seu objeto encontram-se “numa relação de ‘simbolização’, ela toma seu lugar, e de ‘interpretação’, ela lhe confere significações. Estas significações resultam de uma atividade que faz da representação uma ‘construção’ e uma ‘expressão’ do sujeito” (JODELET, 1993, s/p).

Jodelet (1993) faz menção ao papel de comunicação atribuído às RS descrito por Moscovici, em que considera sua influência sobre as relações e interações pessoais, contribuindo para o consenso de grupo, analisando-a sob a perspectiva de 3 níveis: da emergência das representações; do processo de formação das representações e da dimensão das representações. Este último nível, das dimensões das representações, está relacionado com a influência presente no processo de construção de condutas, como as opiniões, estereótipos, sobre os quais atuam as mídias. Desta forma entende-se que a “representação preenche algumas funções de manutenção da identidade social e de equilíbrio sócio

cognitivo, os quais se encontram ligados. Isto se relaciona às defesas mobilizadas pela irrupção da novidade” (s/p.), quando se classifica uma representação de social, compreende-se que esta é construída e produzida coletivamente (MOSCOVICI, 1978).

Andrey Lemos, presidente da União Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (UNA-LGBT), em entrevista à revista Radis (NOSSA ESTRATÉGIA, 2016) aponta justamente para a influência do discurso da televisão, da Igreja e de representantes políticos na construção de estereótipos da população LGBT, os quais acabam por legitimar um discurso conservador. Desta forma afirma que

a gente precisa disputar o imaginário da sociedade, fazer com que a maioria perceba que nós não queremos extinguir as famílias, não queremos um sistema de saúde específico para as chamadas minorias. Veja bem o que queremos é apenas ter o mesmo processo de igualdades e oportunidades no acesso e também na garantia da qualidade de tratamento, da assistência e da própria vigilância em saúde (p. 25).

Por meio desta fala é possível ilustrar e justificar a necessidade e importância de compreender as RS que os trabalhadores na área da saúde possuem em relação à população LGBT para assim refletirmos sobre as questões éticas envolvidas, dificuldades, barreiras a fim de desmistificar essa relação profissional-usuário e colaborar dentro do possível para a concretização de direitos da população LGBT.

6 MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo se apresentam conceitos e fundamentos capazes de, articuladamente, possibilitar a análise do objeto desta pesquisa. Primeiramente, alguns fundamentos ético-morais são introduzidos, seguidos da apresentação de duas perspectivas bioéticas que apresentam um interessante ponto de intersecção: a proposta de refletir e intervir sobre questões relacionadas a grupos minoritários em situação de maior vulneração social, como é a população LGBT atualmente.

6.1 FUNDAMENTOS ÉTICO-MORAIS

Para Cortina e Martínez Navarro (2009), a moral está diretamente vinculada com o viver em sociedade, assim como com o cotidiano das pessoas. Desta forma “a moral é um tipo de saber que pretende **orientar a ação humana num sentido racional**” (p. 21, grifo dos autores), como um guia prático para as ações do dia a dia. Já a ética é filosofia que vem sendo discutida por diferentes pensadores, de acordo com a peculiaridade de cada tempo. Apesar da moral e da ética serem semelhantes em relação à etimologia da palavra, atuam de forma diferente. Enquanto a moral está relacionada com a “formação do caráter na vida cotidiana” (p. 15), a ética se relaciona com a capacidade de reflexão sobre a moral, encontrando-se no nível da “dimensão da filosofia que reflete sobre a formação do caráter” (p.15).

Porém, rotineiramente, no senso comum, moral e ética são entendidas como sinônimos, o que acaba limitando um olhar crítico sobre os valores morais e as situações que os colocam em questão. Por vezes, estas situações apresentam valores que entram em conflito entre si, ao que se denomina de problema ético. Quando se analisa um problema ético, é importante que se considere todos os aspectos implicados, isto é, os fatos, os valores e os princípios envolvidos, assim como a situação, seu contexto e as possíveis consequências diante das diferentes decisões que podem ser tomadas (GRACIA, 2001a; 2003). Há sempre uma complexidade envolvida, desta forma, um problema ético não pode ser resolvido na perspectiva de certo ou errado, mas sim, buscando-se a decisão mais responsável, mais prudente, o que nos exige a busca pela excelência (GRACIA, 2001b).

A complexidade dos problemas éticos coloca em questão as diferentes fundamentações das normas morais. Na história da ética, costumam ser divididas entre fundamentações teônomas, heterônomas e

autônomas. Mas ética e religião, experiência moral e experiência religiosa são dois sistemas sociais e duas dimensões da vida humana estruturalmente articulados, de forma que “a ética se abre à religião e toda religião implica uma ética” (GRACIA, 2010a, p. 146). O problema metaético é definir com algum detalhe o sentido desta articulação.

Entende-se por “teonomia” as doutrinas morais que consideram que as leis morais são oriundas de preceitos religiosos, em que se acredita que há reciprocidade entre ética e religião. Porém esta questão é muito complexa, já que o termo assumiu diferentes sentidos ao longo dos tempos, dando origem a, pelo menos, três tipos de éticas teônomas: teonomia teônoma ou religiosa; teonomia teológica ou heterônoma, e teonomia filosófica ou autônoma¹². Isso porque o termo teonomia pode se aplicar ao cânon ou opção fundamental da ética, pode se aplicar às normas deontológicas, e ainda, pode se aplicar também ao processo de realização de juízos concretos a partir de normas gerais. Assim, “um sistema moral pode ser teônomo no primeiro sentido e não no segundo ou no terceiro, ou pode sê-lo nos dois primeiros, mas não no terceiro, ou pode ser teônomo nos três. Esta última opção foi a que ocorreu na maior parte das tradições religiosas” (GRACIA, 2010a, p. 180).

Na *teonomia religiosa* a divindade dita as normas morais de modo incondicional, sendo apenas possíveis de interpretar a sua aplicação os mediadores sagrados. Desta forma, partindo-se de uma tradição cristã, a vida moral não pode depender da autonomia pura dos seres humanos, visto que esta “se encontra viciada na raiz pelo pecado original” (GRACIA, 2010a, p.181). Tal fundamentação apresenta sérios problemas, primeiramente por reduzir ética à religião. Outro problema está relacionado com as diversas religiões existentes e, por sua vez, a presença de diferentes normas morais. Desta forma é um problema ético grave justamente o caráter excludente das religiões por serem apresentadas como sistemas fechados que defendem o exclusivismo. “Neste sentido, é sobremodo eloquente a polêmica cristã em torno da ideia de ‘tolerância’. A intolerância é boa ou má? Ser intolerante deve ser visto como uma virtude positiva ou exatamente o contrário? A intolerância é uma virtude, ou ao contrário, um vício?” (GRACIA, 2010a, p. 182).

Gracia (2010a) faz um resgate histórico a respeito da intolerância religiosa, que por muito tempo havia a ideia de condenação dos hereges, tornando, portanto, a intolerância uma virtude. Até que se modifica esta

¹² Embora sejam todas teonomias, neste trabalho iremos nos referir diretamente como morais teônomas ou religiosas, heterônomas e autônomas.

concepção, compreendendo que cada um possui o direito de seguir suas próprias crenças. Nem o Estado, nem ninguém pode obrigar que se siga determinada crença religiosa. Desta forma é bastante recente a aceitação do princípio da tolerância religiosa pela Igreja Católica, ainda que seja indispensável refletir sobre os limites deste princípio,

seja qual for o caso, o princípio de tolerância demonstra bem os paradoxos inerentes à teonomias que temos denominado teônomas. Quando são puras, acabam necessariamente no fundamentalismo sectário. E quando não acabam assim é porque aceitam princípios hermenêuticos ou mediações que já não são diretamente teônomas (GRACIA, 2010a, p.186).

Com o passar do tempo, a interpretação exclusivamente divina das normas morais tornaram-se insuficientes, surgindo então interpretações racionais, em que a mediação não depende exclusivamente do sagrado, mas também da razão. Surge, então, a teologia, e assim, a *teonomia teológica ou heterônoma*, principalmente por imposições arbitrárias e paradoxais das tradições religiosas e do abuso de poder sacerdotal. Porém, a fé ainda continua presente, visto que “a teologia busca um modo de autenticação dos mandamentos divinos que não seja única e exclusivamente a autoridade, mas sim a coerência racional, a racionalidade” (GRACIA, 2010a, p. 187). Ou seja, a teologia vem para legitimar de uma nova forma os mandamentos religiosos, surgindo então uma nova fase da moral religiosa, em que os mandamentos divinos são lógicos: “o ilógico não pode ser querido por Deus, nem tampouco ordenado por ele” (GRACIA, 2010a, p. 191). Desta forma, a lei divina é expressada pela lei natural e pela lei revelada, em que razão e fé, ou melhor, teonomia e heteronomia são complementares em que uma necessita da outra mutuamente (GRACIA, 2010a).

As *éticas autônomas* são modernas e foram construídas por filósofos, em sua boa parte teólogos, alguns católicos, outros judeus que acreditavam ser compatível uma nova interpretação entre ética e a sua religião. Neste momento foi que a ética autônoma adentrou na teologia protestante, diferenciando-se da católica que continuava a defender princípios deontológicos absolutos e sem exceção (GRACIA, 2010a). Estas duas tradições só se encontraram no nosso século por meio do transcendentalismo, uma corrente de pensamento dentro do movimento neoescolástico que propunha complementar a teoria do conhecimento de

Kant e interpretá-la no sentido metafísico. A dimensão transcendental das ações do ser humano torna estas ações morais (GRACIA, 2010a).

A teonomia autônoma assim se chama por fazer uma opção fundamental teônoma, e é autônoma por considerar critérios racionais nas decisões morais. Mas Gracia aponta que mais do que de “autonomia teônoma”, deveria se falar de “autonomia religada”, fazendo menção ao conceito de re-ligação de Zubiri que tem caráter transcendental e que não pode ser simplesmente reduzido à “religião”. A “religação” é o fundamento da ‘obrigação’” (GRACIA, 2010a, p. 213).

Por fim, Gracia (2010a) propõe ir mais a fundo a respeito das relações entre ética e religião, tendo como principais consequências a distinção das experiências morais e religiosas, sendo estas contrapostas e de que “não há mandamentos deontológicos absolutos, e menos ainda soluções absolutas para problemas concretos. Os preceitos morais de origem religiosa têm sempre, em princípio, caráter de conselhos e, portanto, de deveres imperfeitos” (p. 211). Todo ser humano é moral e possui um “sentido moral”, ou seja, julga algo a partir da própria moralidade, do que entende por bom ou mal. “Esse sentido moral é a prudência do homem bom” (p. 212) e tem como auge da vida ir ao rumo do bem, do melhor, do excelente. Vivemos em uma sociedade pluralista que possui como princípio moral o respeito às diferentes ideias e propostas de felicidade de cada indivíduo ou grupo. O problema ético de nossas sociedades não se dá em relação ao reconhecimento do pluralismo das ideias, mas sim na dificuldade de aplicá-lo (GRACIA, 2010a).

Talvez para aplicar efetivamente o reconhecimento do pluralismo seja interessante, e conveniente, em alguns sentidos, distinguir entre o justo e o bom no fenômeno moral. Isto não significa supor que eles ocorrem separadamente, pois para compreender sobre o que é justo é necessário conhecer algumas ideias de vida boa, assim como é impossível um ideal de felicidade sem contar com a presença de elementos de justiça. Porém é interessante diferenciá-los quando pretendemos que seja considerado algo justo por “qualquer ser racional que esteja em condições de imparcialidade [...] que não se deixe levar por seus interesses individuais ou de grupo, mas por interesses universalizáveis (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005, p. 114). Desta forma, justiça se refere ao mínimo exigível do fenômeno moral, exigível também de qualquer pessoa racional que esteja disposta a pensar moralmente. Significa dizer que “é moralmente justo o que satisfaz a interesses universais” (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005 p. 115). Para identificar quais são todos os interesses, é importante diálogo entre todos os envolvidos, em condições simétricas. Já em relação à definição do que é bom, é uma

questão subjetiva, visto que o que é bom para um, pode não ser para outro. É por este motivo que atualmente distingue-se entre uma ética dos mínimos, que seriam éticas de justiça, e uma ética dos máximos ou éticas de felicidade (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005).

A ética dos mínimos está relacionada à dimensão universalizável do fenômeno moral, ou seja, com aqueles deveres de justiça que compõem exigências mínimas. Por outro lado, a ética dos máximos busca oferecer ideias de vida boa, em que os valores se encontram hierarquizados para produzir a maior felicidade possível. Desta forma, as éticas de máximos sugerem seguir um modelo de orientação de conduta. Porém, não podem exigir que este seja seguido, já que a felicidade não é objeto de exigência ou obrigação. Ao distinguir esses dois tipos de éticas é possível procurar saber se há um critério universalmente intersubjetivo, para assim tomar decisões morais de acordo com os ideais de felicidades das diferentes formas de vida, cultura ou dos grupos sociais. Por tudo isso, pode-se afirmar que a “universalidade do fenômeno moral pertence, pois, à dimensão da justiça, mais que a da felicidade” (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005, p.115).

Reconhecer a existência destes dois níveis da moralidade é a única forma de compreender que, ainda que existam diferentes conteúdos morais, é inegável a existência de alguns juízos morais universais. Além disso, o pluralismo nas sociedades democráticas consiste no compartilhamento de certos mínimos de justiça e, desta forma, concorda-se que cada um viva de acordo com seu modelo de felicidade, sem impor o seu modo de vida aos demais. Neste sentido, é tarefa crucial para desenvolvimento moral das pessoas e sociedades aplicar os mínimos de justiça às diferentes esferas da vida social, como na saúde, ciência, tecnologia, economia, política, educação, dentre outros (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005).

6.2 BIOÉTICA COTIDIANA¹³

Como uma importante referência na história da saúde pública brasileira e italiana, Giovanni Berlinguer contribuiu significativamente para a concretização e consolidação do direito à saúde, por meio da Bioética cotidiana, a qual entende “que viver de modo digno significa

¹³ Retirado de: SILVA, Ana Luísa Remor da; HELLMANN, Fernando; FINKLER, Mirelle; VERDI, Marta. A Bioética Cotidiana como instrumento de reflexão sobre a atenção à saúde da população LGBT. Artigo em avaliação em revista científica.

viver e conviver em saúde e que as regras morais têm valor na experiência humana. Assim, podemos considerá-la uma estação instigante no trilho reflexivo de nossa vida cotidiana – pessoal, acadêmica e profissional” (LIMA, 2012, p. 18).

Berlinguer (1993) aponta que a segunda metade do século XX foi marcada por um grande salto científico no âmbito das ciências biológicas, física, química, dentre outras, com um avanço tecnológico rápido, intenso e profundo. A neurociência possibilita inclusive modificações das estruturas e funções cerebrais, o que permite intervir diretamente nas pessoas, influenciando as relações de poder, as formas de pensar e a vida como um todo. Sua crítica refere-se que este ritmo de ações grandiosas que atraem os especialistas e orientam as informações acabam por contribuir para uma tendência predominante em se refletir e discutir “situações limites” vivenciadas por minorias, acabando por negligenciar problemas morais e científicos importantes que por sua vez atingem a maioria das pessoas (milhões, bilhões delas) em situações de vida cotidiana.

Desta forma, por muitas vezes a Bioética acaba por privilegiar debates sobre situações extremas (ou situações limites), como eutanásia, transplante de órgãos, fertilização *in vitro*, esquecendo-se de acrescentar, nas pautas de discussões, questões básicas da saúde, para qual frequentemente “é negado o título de nobreza como objeto da ética e, na melhor das hipóteses, lhe é atribuído apenas o valor (que para alguns é considerado filosoficamente irrelevante e intelectualmente plebeu) de ‘questão social’” (BERLINGUER, 1996, p. 16). Berlinguer (1996) aponta então, a necessidade de investir para além das situações limites, mas também à vida cotidiana de todos. É essencial abranger suas discussões e reflexões e não as limitar a uma parcela da população.

Ou seja, dentro desta perspectiva, a bioética não pode se limitar aos códigos deontológicos, com regras profissionais fixas, assim como não deve ater-se, exclusivamente a discussões a respeito das questões de fronteiras extremas de morte e vida, pelas quais são fundamentadas profundamente pelo pensamento filosófico e pelo debate moral. Deve-se quebrar o silêncio e a incerteza que pairam sobre a macroética em relação àqueles que atuam e preocupam-se, por si ou por outros, com as questões de saúde cotidiana (BERLINGUER, 1996).

Atualmente, com o progresso das ciências médicas e da área da saúde em geral, nunca se teve tantas possibilidades de intervenção de forma segura, tantas doenças curáveis e mortes preveníveis. A saúde, paradoxalmente, ao mesmo tempo que se encontra próxima a todos pela presença de diversos recursos, encontra-se distante e pouco acessível para

uma grande parcela (ou a maioria?) da população mundial, pela falta de interesse e intenção de usar estes recursos (conhecimentos, soluções) para o bem de todos. Desta forma, globalizam-se os riscos e as consequências negativas, e restringem-se as soluções e o desenvolvimento. “O dano atinge as pessoas, classes, etnias e populações seletivamente, ainda que não exclusivamente, na proporção inversa ao patrimônio, à instrução e ao poder, por isso reduzindo ou reforçando as condições de iniquidade” (BERLINGUER, 2004, p. 248). Aqui é importante considerar que a realidade de saúde no Brasil é um pouco diferente, visto que é previsto a toda a população a garantia de uso do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda que na prática não exista uma plena garantia de acesso aos serviços por todas as pessoas. Porém com a situação política atual, de retrocessos e perdas de direitos, este sistema vem sofrendo diversos ataques, com riscos de perder um dos pilares da sua formação, o caráter universal, o que acaba por nos aproximar da realidade discorrida por Berlinguer, anteriormente.

O conceito de Schramm (2008) sobre grupos vulnerados parece adequado para se pensar as demandas da população LGBT a partir de uma análise bioética. Conforme o autor, vulnerados seriam aqueles e aquelas que se encontram em condições desfavoráveis de vida, dentre diversos motivos, pela falta de atuação do Estado que não provê o suporte necessário para as pessoas lidarem com a sua situação de desfavorecimento. Embora a vulnerabilidade seja característica possível de ser atribuída a qualquer ser humano, cabe diferenciá-la da vulneração: quando as pessoas se tornam impossibilitadas de exercer suas capacidades e potencialidades para viver com qualidade e dignidade, para realizar suas escolhas de forma eficiente e satisfatória. Desta forma, a vulneração humana está relacionada com “a condição existencial dos humanos que não estão submetidos somente a riscos de vulneração, mas a danos e carências concretas, constatáveis por qualquer observador racional e imparcial” (SCHRAMM, 2008, p.11).

Nesta perspectiva, e tendo como foco principal a negligência do Estado, que pouco provem de um aparato legal que confiabilize a garantia de direitos para a população LGBT, a qual, por diversas vezes, tem ameaçados inclusive seus direitos já “garantidos” por lei, interferindo diretamente em questões trabalhistas, de saúde, moradia, educação, riscos de violência, dentre outros, pode-se pensar na situação de vulneração que esta população se encontra. Confirmando, mais uma vez, a necessidade do exercício ético e de reflexões no âmbito da bioética, tanto cotidiana, quanto feminista, que será abordada a seguir.

6.3 BIOÉTICA CRÍTICA DE INSPIRAÇÃO FEMINISTA¹⁴

Ainda que os estudos de bioética em relação à população LGBT sejam escassos na literatura, não podemos deixar de ressaltar a existência dos estudos de gênero neste campo de atuação. Hellmann e Verdi (2012) fazem referência à bioética antissexista, antirracista e libertária inicialmente proposta por Fátima de Oliveira. A autora enfatizou a necessidade e urgência para incluir questões de perspectiva de classe, gênero, feministas e antirracistas para a construção de uma bioética mais justa, fundamentada por um olhar voltado para as características de países latino-americanos, os quais têm grande ênfase as desigualdades sociais. “Tal ponto de vista inclui a equidade de gênero e entre as pessoas em geral e busca, portanto, garantir a cidadania em espaços onde as pessoas se encontram em vulnerabilidade, especialmente pelo racismo, opressão de gênero, pobreza e fome” (p.60).

Desta forma, Fátima Oliveira foi uma das autoras pioneiras, no Brasil, a tentar consolidar uma mobilização para incluir os movimentos feminista e antirracista nos estudos em bioética, visto que compreendia que este seria um importante caminho a ser trilhado para a luta de direitos humanos no século XXI. A autora sugeriu a aliança entre o feminismo e o movimento antirracista, não apenas por uma semelhança ideológica, mas também por lidarem com problemas éticos semelhantes pouco discutidos nos fóruns de bioética, revelando um atraso de quase três décadas de reflexão e possibilidades de mudança (OLIVEIRA, 1995a). Oliveira (1995b) aponta também que ainda que a bioética apresente em sua epistemologia propostas de combate a eugenia, sua origem foi pautada em questões éticas “originariamente racista, machista e até anti-mulher” (p. 76). Desta forma propõe que os movimentos feministas e antirracistas ao atuarem na bioética assegurariam “a construção de uma ética nova: não sexista, anti-racista e libertária” (p.76).

Porém, tal união não foi uma tarefa fácil. Fátima Oliveira vivenciou grande dificuldade, inicialmente, de aproximar na prática o feminismo com a bioética, primeiramente pela subestimação do campo da bioética. E segundo, pela falta de crença das feministas na bioética por

¹⁴ Retirado de: SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLER, Mirelle. O movimento LGBT e a bioética crítica de inspiração feminista: convergências e potencialidades. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.3, p.1-10, 2016.

sua origem baseada numa ética patriarcal. Porém, na visão da autora, seria justamente por este motivo que as feministas deveriam (e precisariam) se fazerem presentes, para modificar seu corpo teórico pelas perspectivas do seus atuantes – as mulheres feministas. Desta forma, compreendia que “a bioética se estabeleceu no mundo e o feminismo não pode se omitir de participar dela” (OLIVEIRA; FERRAZ; FERREIRA, 2001, p. 487).

Outra importante autora que propõe uma Bioética crítica de inspiração feminista é Débora Diniz. Refere que o raciocínio ético atrelado aos pressupostos de gênero é um grande desafio, porém necessário, que envolve conflitos morais e subsidia objetos de pesquisa e análise no campo da bioética e da saúde. Inclusive, há vários campos disciplinares que identificam que a categoria gênero possibilitou uma mudança radical na forma de percepção da realidade (DINIZ, 2008).

A introdução da bioética na América Latina se deu principalmente pela influência da medicina, o que provocou uma rápida consolidação no campo, e da teologia católica – áreas com predominâncias masculinas. Porém, inicialmente e atualmente com alguns vestígios, estes acabaram por direcionar as discussões de acordo com seus interesses específicos. Desta forma a entrada das mulheres e do feminismo foram cruciais para ampliar as reflexões, com propostas alternativas de análises crítica e política sobre conflitos morais até então pautados nas teorias dominantes (DINIZ; GUILHEM, 2008).

Durante a primeira década de institucionalização da bioética feminista na América Latina houve forte influência de ideias advindas principalmente dos EUA, local em que já havia forte consolidação desta vertente. Assim,

o intercâmbio de ideias ocorreu basicamente por meio das entidades científicas em bioética que surgiam nos anos 1990. Os encontros internacionais eram espaços ricos para a formação de alianças e parcerias. A Rede Internacional de Perspectivas Feministas para a Bioética (FAB) participa ativamente da principal entidade científica internacional de bioética, a Associação Internacional de Bioética (IAB), desde sua fundação em 1992. Já em 1996, a FAB organizou o primeiro congresso satélite ao congresso da IAB e, desde então, é a rede mais ativa e com maior número de participantes. A entrada da FAB na América Latina acompanhou a própria formação da rede, com Alejandra Rotania como primeira

representante de país em 1996. Até hoje, a FAB já contou com representantes de países como Argentina, Brasil, Chile, Colômbia e México, além de o Brasil já ter sediado um dos congressos mundiais (DINIZ; GUILHEM, 2008, p. 604).

As primeiras publicações, na América Latina, sobre bioética baseada em questões feministas surgiram então nos anos 90, porém reflexões éticas a respeito do feminismo e do feminino são datadas desde os anos 60. A proposta da bioética feminista não se limita a inserção dos estudos feministas no campo de ética aplicada, mas sim, está relacionada com a perspectiva crítica do movimento feminista em relação as desigualdades sociais, principalmente relacionada às questões de disparidades de gênero, ou qualquer forma de opressão social como base de análise. Concomitantemente à inclusão de questões de gênero e do feminismo na bioética, “outras teorias com forte apelo crítico _ que aqui denominaremos [...] *bioética crítica* _ tais como as anti-racistas, de estudos culturais ou de sociologia de classe, aportaram seus pressupostos na pauta teórica da bioética” (DINIZ; GUILHEM, 2009, p. s/p.).

Não intencionalmente, esta vertente acabou por vir se consolidando fortemente com críticas em relação aos pressupostos universais e imprecisos da bioética principialista. A união de outras vertentes teóricas ao olhar crítico do feminismo provocou uma nova forma de perceber o movimento contra o principialismo da bioética, chamado “o antiprincipialismo, como movimento crítico ou teoria crítica, sendo ambos, portanto, sinônimos ora das teorias feministas, ora das teorias antirracistas, por exemplo” (DINIZ; GUILHEM, 2009, s/p.). Ainda que a teoria principialista também fundamente reflexões da bioética crítica, como o princípio da beneficência e do respeito à autonomia, este segundo princípio ético é compartilhado tanto pelo feminismo quanto pela luta antirracista antes mesmo destes adentrarem na bioética. Porém, a bioética crítica aponta ainda para a necessidade de refletir sobre as condições sociais do exercício da autonomia, a qual pode estar mascarada por situações coercitivas (DINIZ; GUILHEM, 2009).

Por meio da bioética feminista pôde-se quebrar o silêncio oriundo dos pressupostos éticos universais, os quais não funcionam em contextos de desigualdades sociais. Então, a tarefa da bioética deveria ser de reflexões e discussões sobre formas de desenvolver atitudes éticas para intervir diretamente com o contexto de desigualdades sociais, a fim de encontrar ações que efetivem a reorganização social diminuindo cada vez mais a vulnerabilidade moral, lidando diretamente com a dificuldade real,

e não com a descrição do que ou de como deveria ser a humanidade. “De princípios éticos universais passaríamos, portanto, para a defesa de princípios compensatórios da vulnerabilidade social” (DINIZ; GUILHEM, 2009, s/p.). Desta forma a bioética feminista sugere uma insubordinação da ordem moral, afim de mudar o rumo da bioética atrelada aos interesses dos privilegiados para assim voltar-se aos oprimidos (DINIZ; VÉLEZ, 1998).

Por este motivo a bioética feminista assim como as outras vertentes da bioética crítica, não se atém, exclusivamente, à defesa de grupos específicos, como em relação às mulheres ou a grupos étnicos. Reduzir tais correntes críticas a lutas sexistas e de minorias raciais acabam por reforçar, “justificar e silenciar os padrões de desigualdade e opressão que imperam nas sociedades” (DINIZ; GUILHEM, 2009, s/p.). Na realidade, então, a bioética feminista se propõe a um desafio muito maior, de resgatar grupos oprimidos, tradicionalmente excluídos dos estudos éticos. E assim, muito além de ser sexista, a problemática feminista na bioética tem uma proposta revolucionária (DINIZ; VÉLEZ, 1998).

Desta forma, a bioética feminista defende os direitos humanos de populações subjugadas, ou por questões raciais, ou por questões de gênero, dentre outras formas de opressão, que por tanto tempo foram excluídas e negligenciadas dos debates éticos. Suas análises de questões bioéticas são voltadas para os interesses dos grupos e pessoas em situação de vulneração (DINIZ; GUILHEM, 2009). E ainda, buscam por transformações nas relações sociais que se moldam pela subordinação e dominação humana, impedindo o exercício da liberdade (DINIZ; VÉLEZ, 1998).

É importante mencionar que, apesar de ser conhecida como bioética feminista, no singular, assim como a bioética tradicional, não é composta apenas por uma única teoria. Pelo contrário, há diversas teorias feministas que estão presentes na bioética, porém todas são unidas por um objetivo maior, o foco nas relações desiguais e a preocupação com as diferenças (DINIZ; VÉLEZ, 1998). Outra questão que merece ser destacada é que a agenda de intervenções e estudos da bioética feminista na América Latina foi herdada pelas conquistas do movimento feminista na região. Temáticas como aborto, diversidade sexual, laicidade do Estado dentre outras, fazem parte das lutas feministas há décadas, permitindo um rico intercâmbio entre feministas militantes e especialistas em bioética. Esta importante proximidade é característica da bioética latino-americana, e estudos específicos sobre os benefícios destas características poderiam facilitar a inclusão de “novas vertentes da

consolidação da bioética na região e de suas particularidades” (DINIZ; GUILHEM, 2008, p. 608).

6.4 UM MARCO BIOÉTICO PARA ANALISAR A ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS LGBT

Como se pode ver, as diferentes teorias morais não surgiram de forma linear. Elas se sobrepõem, complementam-se e embasam as pessoas, independentemente de nos darmos conta ou não. Desta forma, considerá-las pode contribuir para se pensar as questões de saúde da população LGBT: quais as morais predominantes na sociedade e, portanto, nos sistemas de educação e de saúde? Como elas podem influenciar os trabalhadores da saúde? Quais suas consequências no atendimento das pessoas LGBT, na possibilidade de exercício de cidadania e na sua qualidade de vida?

A fundamentação moral do respeito às diferentes maneiras de se viver é autônoma. Porém, sabe-se o quanto fundamentações teônomas e heterônomas permeiam também nossos juízos de valor e nossas decisões de dever. Desta forma, uma análise (bio)ética laica se faz essencial, tarefa para a qual a Bioética Cotidiana e a Bioética Crítica de Inspiração Feminista podem ser fortes aliadas.

As pessoas LGBT por muito tempo sofreram repressões sociais por fugirem dos padrões considerados morais. Neste contexto, urge um olhar ético para a situação político-social brasileira, para a qual a Bioética Feminista pode ser importante instrumental para a promoção de “ações inclusivas, pois sua crítica ao patriarcado e ao sexismo podem problematizar nossas práticas enquanto cidadãos comuns, profissionais de saúde, gestores e políticos, revelando as morais e as motivações que as embasam” (SILVA; FINKLER, 2016, p. 8). Também a Bioética Cotidiana nos possibilita uma importante análise crítica do contexto de saúde da população LGBT. Mesmo que Berlinguer não tenha estudos específicos sobre gênero e sexualidade, é possível identificar seu posicionamento não sexista, fundamentado na igualdade de gêneros (SILVA et al., s/ ano¹⁵).

Há muito em comum nas pautas da Bioética Cotidiana e da Bioética Crítica de Inspiração Feminista. Ambas compreendem a saúde como um direito que deve ser usufruído na sua plenitude, por meio de

¹⁵ SILVA, Ana Luísa Remor da; HELLMANN, Fernando; FINKLER, Mirelle; VERDI, Marta. A Bioética Cotidiana como instrumento de reflexão sobre a atenção à saúde da população LGBT. Artigo em avaliação em revista científica

ações diferenciadas, de acordo com as peculiaridades de cada um(a), respeitando-se as diferenças. Consequentemente, acreditam na equidade de gênero, na luta por direitos humanos, repulsando e desconstruindo qualquer ideia de eugenia.

Fazem críticas a princípios morais universais, considerando-os insuficientes para lidar com o contexto de iniquidades em saúde presentes principalmente em países com maior desigualdade social. Outra preocupação compartilhada é a falta de um olhar (bio)ético para problemas sociais recorrentes que atingem populações em vulneração, por questões de pobreza, fome, iniquidades em saúde, questões de gênero, racismo, dentre outras formas de opressão social. É pauta em comum, também, discussões sobre o exercício da autonomia, dependente de condições políticas, sociais, econômicas e ambientais mínimas para se viver com dignidade.

Berlinguer (1993, p.30) evidencia a crítica sobre o desenvolvimento tecnológico desenfreado sem uma responsabilidade ética, o qual favorece e concentra seus interesses a um pequeno grupo detentor de poder, os “*White men over forty*, os homens brancos acima de quarenta anos”. A Bioética Crítica de Inspiração Feminista pode complementar esta reflexão justamente apontando que a própria bioética historicamente foi construída com fundamentos patriarcais (OLIVEIRA; FERRAZ; FERREIRA, 2001) e, desta forma, um desafio essencial é a reflexão (bio)ética atrelada às questões de gênero (DINIZ, 2008). Neste sentido, a união destas duas Bioéticas reforçam seus argumentos e se complementam, tornando-se assim, preciosas ferramentas de análise ética para as questões de saúde da população LGBT.

7 MÉTODO

Tendo em vista que para compreender as questões éticas presentes no atendimento à população LGBT é necessário interpretar a representação do(a) trabalhador(a) de saúde a respeito do seu trabalho e da relação com seus usuários, entende-se que o método qualitativo foi o mais indicado para abordar com profundidade os objetivos propostos. A pesquisa qualitativa busca o sentido atribuído pelas pessoas à sua experiência de vida e como elas compreendem o contexto que estão inseridas. Ou seja, se propõe analisar e interpretar os fenômenos sociais por meio do significado atribuído pelo participante, levando em conta a subjetividade e singularidade deste em relação a sua vivência (POPE; MAYS, 2009).

O método qualitativo vem tradicionalmente das Ciências Sociais (POPE, MAYS, 2009), sendo seu objeto, em sua essência, histórico – respeitando a peculiaridade cultural - e qualitativo – levando em consideração a riqueza de significados da dinâmica social da vida individual e coletiva. Outro fator importante é o reconhecimento do envolvimento do pesquisador com o objeto de estudo, em que sua visão de mundo em conjunto com a do participante implica-se em todo processo de pesquisa, sem que se perca a capacidade de crítica, ainda que os pesquisadores, de forma dialética, são autores e produtos do seu contexto histórico (MINAYO, 2008). Desta forma,

trabalhar dentro dos marcos das Ciências Sociais significa enfrentar o desafio de manejar ou criar (ou fazer as duas coisas ao mesmo tempo) teorias e instrumentos capazes de promover a aproximação da suntuosidade e da diversidade que é a vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma incompleta, imperfeita e insatisfatória (MINAYO, 2008, p. 42-43).

De forma mais abrangente, Minayo (2008) descreve que o método qualitativo se aplica ao estudo das relações humanas, seus costumes, seus afetos, sentimentos, dentre outros, permitindo também desenvolver novas suposições e criar novas intuições. Desta maneira, “caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo em estudo (MINAYO, 2008, p. 57). Além de permitir

contribuições do pesquisador como parte complementar à elaboração e concretização do conhecimento (FLICK, 2004).

7.1 CENÁRIO

Esta pesquisa teve como cenário o município de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Por meio da territorialização e do geoprocessamento, Florianópolis é organizada em 5 Distritos Sanitários (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul) sob responsabilidade das equipes locais de saúde. Em março de 2015, atingiu 100% de cobertura da Atenção Básica com Estratégia da Saúde da Família – ESF e um total de 50 unidades básicas de saúde (PMF, 2016). Segundo o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (BRASIL, 2017), Florianópolis conta atualmente com 139 equipes de ESF e 13 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A escolha do município foi pertinente para a realização desta pesquisa por diversos motivos, dentre eles, porque, segundo dados do censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), Florianópolis é a cidade no Brasil com o maior número de pessoas LGBT declaradas em proporção ao número de habitantes. Outro fator importante a ser considerado em relação ao município é que, em agosto de 2015, iniciou-se um projeto piloto de atendimento à saúde integral das pessoas travestis e transexuais, com o Ambulatório de Atenção Primária a Saúde das pessoas Trans de Santa Catarina ou Ambulatório de Medicina de Família e Comunidade (MFC) para Travestis e Transexuais. Localizado inicialmente no Centro de Saúde da Lagoa, devido ao seu horário estendido, ocorria nas segundas-feiras à noite com profissionais voluntários de outros centros de saúde. A iniciativa partiu de médicos da Residência em Medicina da Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, com apoio da Coordenação do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde (PRMFC-SMS) e Coordenação do Centro de Saúde referido, além da parceria com a Associação em Defesa dos Direitos Humanos com enfoque na sexualidade - ADEH. O atendimento disponibilizado, atualmente em outro Centro de Saúde, vai além da hormonioterapia, procurando atender as demandas integrais de saúde da população trans em um espaço de respeito e acolhimento (D'ÁVILA, 2016). É importante destacar que o Ambulatório não faz parte de uma política do município e desta forma não se encontra institucionalizado, encontra-se à margem, à procura de brechas para realmente se inserir na rede de saúde da cidade.

O cenário desta pesquisa também conta com o Conselho Municipal de Direitos de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais de Florianópolis – CMDLGBT, constituído em maio de 2016, é uma importante conquista das pessoas LGBT em relação ao controle social. Este órgão, de caráter consultivo e deliberativo, permite articulação entre governo e sociedade, participando da formulação, execução e acompanhamento de políticas públicas para as pessoas LGBT da cidade. Além de visar a garantia de segurança e o fim das violências contra as pessoas LGBT (PMF, 2017). Destaca-se, inclusive, que é o único Conselho LGBT no estado de Santa Catarina.

Em Florianópolis também se localiza a Universidade Federal de Santa Catarina, que vem atuando no combate às práticas sexistas, LGBTfóbicas, xenofóbicas e racistas (UFSC, 2016a) e conta, desde 2016, com uma Secretaria de Ações Afirmativas e Diversidades (SAAD). Em sua página, Diversifica UFSC (UFSC, 2016a), apresentam-se diversas informações a respeito dos direitos das(os) estudantes – ressaltando o direito ao uso do Nome Social, tendo sido a primeira universidade do país a ter portaria que o garante. Conta também com uma Comissão Permanente de Acompanhamento das Políticas de Igualdade de Gênero desde março de 2013. Dentre suas atribuições está o encaminhamento e desenvolvimento de pareceres de casos em que se constata preconceito de gênero ou qualquer ação que descumpra normas a respeito do tema. A comissão possui liberdade também de sugerir ao Conselho Universitário novas resoluções que possuem como objetivo garantir a igualdade de gênero nesta universidade (UFSC, 2016a).

Em relação à UFSC é importante ressaltar ainda que é uma instituição reconhecida, nacionalmente e internacionalmente, como centro de excelência em estudos de gênero, com realizações de pesquisas nesta temática há mais de 30 anos. Atualmente há mais de 70 núcleos de pesquisa na universidade que atuam, de alguma forma, com as temáticas de gênero. No ano de 2016, por exemplo, por volta de 50 teses e dissertações com enfoque nesta temática foram desenvolvidas no âmbito desta Universidade (SEMINÁRIO SOBRE DIVERSIDADES SEXUAIS E GÊNERO NA UFSC, 2016).

A universidade conta também com a presença do GOZZE - Coletivo de Luta pela Diversidade Sexual da UFSC, que tem o intuito de articular-se social e culturalmente, promovendo discussões acadêmicas, sociais e políticas em relação à presença da comunidade LGBT na UFSC (UFSC, 2016a). Há ainda importantes núcleos de pesquisa em gênero, como o Instituto de Estudos de Gênero – IEG (UFSC, 2016b), o Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades - NIGS que completou 25 anos

em abril/2016 (UFSC, 2016c), o núcleo MARGENS - modos de vida, família e relações de gênero, o qual possui importante parceria com diversas instituições, dentre elas a ADEH (UFSC, 2016d), o EPICEN@S UFSC - Núcleo de Estudos em Gênero e Saúde.

Desta forma não podemos deixar de citar setores externos à universidade e de grande importância no apoio às questões da população LGBT, como a ADEH, que “é uma Organização Não-Governamental que atua no sentido da garantia de direitos, da promoção de saúde e da discussão no campo dos Direitos Humanos e das políticas **TLGB** (Travestis, Transexuais, Lésbicas, *Gays* e Bissexuais)” (ADEH, 2016, s/p. grifo do site). A ADEH é uma associação de grande importância na cidade, sendo referência de apoio jurídico e psicológico dentre diversas outras ações, todas gratuitas, que também priorizam a saúde da população LGBT. Foi fundada em 1993, período em que se denominava Fundação da Associação em Defesa dos Direitos Homossexuais - ADEH Nostro Mundo. Teve diminuição de suas atividades em 1995, após falecimento da presidenta da associação na época e diversos desentendimentos com a polícia enquanto distribuíam preservativos e outros materiais. Com tentativas de reorganização do espaço, em 1999, foi reestruturada nos moldes que hoje se apresenta (ADEH, 2016). Além da ADEH, há outras instituições na cidade, como: Roma – Instituto de Diversidade Sexual da Grande Florianópolis, Grupo Arco Íris, Grupo Acontece – Arte e Política LGBT, UNA – União Nacional LGBT em Florianópolis, UNEGRO – União de Negros pela Igualdade, Estrela Guia, dentre outras.

Cabe ainda recordar quem em junho de 2016 ocorreu I Seminário sobre Diversidades sexuais e Gênero na UFSC, desenvolvido pela SAAD, por ação da Coordenação de Diversidades e Enfrentamento às Violências de Gênero. Teve como principal proposta identificar as atividades já em realização e as demandas universitárias em relação à temática para que a SAAD possa atuar como potencializadora e mediadora entre os setores. Dentre muitas questões discutidas, ressalta-se a necessidade da academia levar suas produções para fora dos muros da universidade, atuar em parceria com as instituições externas à UFSC, não apenas divulgar conhecimento e informação, mas atuar em conjunto com a comunidade, como alguns núcleos já fazem. Apesar de tantas ações, núcleos de pesquisa e órgãos institucionais que atuam nessa temática, ainda há muito o que ser conquistado dentro e fora da universidade, local em que ainda fazem parte do dia a dia, questões de preconceito, discriminação e violência, assim como em toda a sociedade.

Em novembro/dezembro de 2016, foi realizada a 2ª Semana de Combate às Fobias de Gênero na Saúde no Centro de Ciências da Saúde

(CCS) da UFSC, evento que resultou na construção coletiva da 1ª Carta de Enfrentamento às Fobias de Gênero na Saúde. Estiveram presentes docentes dos cursos de Graduação de Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Psicologia, Odontologia, Fonoaudiologia, Departamento de Saúde Pública, discentes de todos os cursos do CCS/UFSC, representantes de movimentos estudantis e de movimentos sociais das pessoas LGBT, totalizando 71 pessoas motivadas e repensar o processo de formação de estudantes da saúde (1ª CARTA DE ENFRENTAMENTO ÀS FOBIAS DE GÊNERO NA SAÚDE, 2016).

7.2 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde com todos os diferentes níveis de escolaridade que compõem as equipes que atuam diariamente no mesmo centro de saúde. Significa dizer que foram trabalhadores/as com contato frequente com a população de sua referência da ABS, não entrando como participantes da pesquisa os profissionais do NASF.

Para escolha dos Centros de Saúde foi utilizado como critério de seleção aqueles que possuem maior probabilidade de assistir à população trans. Conforme informações disponibilizadas por dois convidados da ADEH para discussão da temática trans em uma edição do projeto de extensão “Bioética pelas lentes do cinema”, realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Bioética e Saúde Coletiva - NUPEBISC/UFSC, a população trans acaba residindo em áreas específicas da cidade, principalmente pela falta de oportunidade de emprego e intensa discriminação que as levam a residir em casas de prostituição. Já em relação às pessoas LGB, entende-se que estas não compartilham desta característica de concentração em termos residenciais, encontrando-se distribuídos pelos diferentes territórios de saúde no município. Desta forma, os Centros de Saúde selecionados foram os dois indicados pelos membros da ADEH, aqui não revelados para contribuir com o caráter sigiloso da identidade dos/as participantes.

O primeiro contato foi com os coordenadores das unidades, para quem foi pedido para indicar possíveis participantes, de forma a incluir trabalhadores de diferentes profissões, em cada Centro de Saúde. Caso o participante não aceitasse o convite, este indicaria outro nome. Foram entrevistados: auxiliar técnico-administrativo (1), agentes comunitários de saúde (2), auxiliares ou técnicos de enfermagem ou saúde bucal (4), cirurgiões-dentistas (3), enfermeiros (3) e médicos (2). Os participantes tinham de tempo de trabalho entre 1 ano e meio a 15 anos (em média, 8

anos) e atuavam nos Centros de Saúde selecionados de 7 meses a 10 anos (em média, 4 anos).

As entrevistas foram encerradas na décima quinta quando se percebeu a suficiência dos dados para compreender o funcionamento do fenômeno em estudo, conforme indicação da literatura (MINAYO, 2008).

7.3 COLETA DE DADOS

Na construção do roteiro semiestruturado (Apêndice A) foi necessário pensar em perguntas específicas para identificar as RS. As entrevistas ocorreram individualmente, em que primeiramente, começamos com um exercício de introdução da temática e aquecimento, solicitando que cada participante falasse as três primeiras palavras que lhe viessem em mente quando mencionado: população LGBT. As três perguntas seguintes (conforme Apêndice A) levaram em consideração a técnica de substituição (ABRIC, 2005), no intuito de dar liberdade para o participante expressar representações “não permitidas” pelo seu grupo, atribuindo a sua responsabilidade ao outro, ou seja, expressando-se pelo outro e não por si mesmo. Reduzindo a pressão normativa do grupo sobre o indivíduo, auxilia a diminuir mecanismos de defesa de ordem social, se distanciando de um discurso política e socialmente correto. Desta forma, primeiramente solicita-se a opinião do participante sobre o tema da pesquisa, em seguida, solicita-se que ele responda como outra pessoa relacionada ao seu grupo de referência responderia, diminuindo, assim, a responsabilidade de implicação pessoal do participante. Em seguida, solicita-se que ele responda como responderia alguém de um grupo mais distante do seu grupo de referência, permitindo que se expresse mais livremente, diminuindo risco de julgamento negativo por parte dos integrantes do seu grupo. “Pode-se, assim, permitir que ele expresse – sob a cobertura dos *outros* – suas próprias ideias” (ABRIC, 2005, p. 28, grifo do autor; MENIN, 2006). Já as restantes perguntas tiveram como foco os outros objetivos específicos da pesquisa.

Após o primeiro contato com os coordenadores, os trabalhadores foram convidados, pessoalmente ou por telefone, para realizar o convite para participar da pesquisa e saber se havia disponibilidade e interesse para tal. Neste momento foram pontuadas as principais questões sobre a pesquisa e os cuidados éticos ensejados. A leitura do TCLE (Apêndice B) na íntegra foi realizada pessoalmente no início das entrevistas, que ocorreram no locais e horários agendados conforme conveniência para o participante. Neste momento apresentou-se novamente a pesquisa, explicou-se a justificativa e relevância da mesma, além de disponibilizar

espaço para dúvidas e indagações. Após o aceite na participação, inclusive dos recursos de gravação durante a entrevista, foi realizada uma entrevista semiestruturada individualmente, tomando por base o roteiro de entrevistas. Para fins de sigilo da identidade dos/as participantes, suas falas serão identificadas, no corpo deste trabalho, pela letra E (entrevistado/a) seguidos dos números de 1 a 15 (ex: E1; E2;...E15).

A entrevista semiestruturada foi adotada por permitir maior flexibilidade, possibilitando o surgimento de novas temáticas de acordo com a relevância para o estudo e com o seguimento da entrevista dado pela pesquisadora. Desta forma, o intuito deste momento foi que se provocasse as várias narrativas possíveis das vivências, as interpretações que os entrevistados emitem sobre elas e sua visão sobre as relações sociais envolvidas (MINAYO, 2008, p. 191). É importante ressaltar também que a pesquisadora estava consciente de que sua presença poderia representar tanto uma figura auxiliadora no processo, como inibidora de respostas espontâneas, desta forma procurou atentar-se a tais questões para conduzir satisfatoriamente a entrevista (GIL, 2002). O tempo total das entrevistas foi de aproximadamente 6 horas e 19 minutos, sendo o tempo médio das entrevistas de aproximadamente 25 minutos.

7.4 ANÁLISE DE DADOS

Para transcrição literal das entrevistas e análise dos dados foi utilizado o *software Atlas.ti®7.5.16*. A técnica utilizada foi a de Análise de Conteúdo, proposta por Minayo (2008) na modalidade de Análise Temática. A análise de conteúdo se refere às técnicas que possibilitam validar as inferências sobre os dados do contexto estudado por meio de ações especializadas e científicas, tornando-as também replicáveis. Já a modalidade de Análise Temática é composta por um conjunto de temas que caracterizem ou de alguma forma estejam relacionados ao objeto de estudo. “Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes no discurso” (MINAYO, 2008, p. 316).

Tal análise foi realizada em três etapas, conforme Minayo (2008): pré-análise; exploração do material e, por fim, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O momento de pré-análise se deu por meio da familiarização com o conteúdo e a sua associação com hipóteses iniciais, por meio de leitura flutuante, que consistiu na leitura intensa do material a fim de uma imersão no conteúdo em que se obteve cada vez mais clareza do material

e das relações com possíveis hipóteses (MINAYO, 2008). Foi durante esta primeira etapa que foram realizadas algumas anotações, percepções e sensações, já destacando alguns núcleos de sentido que posteriormente foram tomados como códigos.

A segunda etapa, de exploração do material, consistiu na classificação e organização do conteúdo por meio da codificação (MINAYO, 2008). Foram destacadas nas entrevistas frases, palavras ou expressões, e vinculadas aos códigos gerados durante este processo. Foram criados, no total, 74 códigos (Apêndice C), alguns com significados duplos, ou seja, indicando tanto a presença como a ausência do conteúdo relacionado ao código.

Na terceira etapa foi realizado o agrupamento destes códigos em categorias. Este processo foi realizado três vezes, em que se avançava e retomava a segunda e terceira etapa, pois, sentia-se a necessidade de recodificar e reagrupar de diferentes maneiras até que realmente se pode perceber a adequação das categorias iniciais (subcategorias), que foram então agrupadas em categorias maiores e estas, em supercategorias, conforme se apresenta no Quadro 1.

Quadro 1 – Organização dos resultados em diferentes níveis de categorias.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT	Super Categorias	Categorias	Subcategorias
	BRECHAS	De ordem moral	Atitudes éticas dos trabalhadores da ABS
		De ordem prática	Questões estruturais, organizativas e de formação
	ENTRAVES	De ordem moral	Representações sociais das pessoas LGBT
			Problemas éticos no atendimento à saúde da população LGBT
		De ordem prática	Questões estruturais, organizativas e de formação

Fonte: Autoral, 2017

Por fim, os dados agrupados nos diferentes níveis de categorias permitiram interpretar os resultados a partir da sua análise fundamentada no referencial teórico e no marco conceitual construídos para esta pesquisa.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa atendeu à Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre a garantia dos direitos e deveres relacionados aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado, e ainda “incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética” (BRASIL, 2012, p. 1).

Primeiramente, a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – CAPPS (Anexo A) e, após, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH-UFSC (Anexo B) sob o **CAAE: 57917516.0.0000.0121**. O início da coleta de dados só ocorreu após esta aprovação.

Cabe também destacar o compromisso ético desta pesquisa por conta de sua relevância social. É urgente lançar um olhar crítico reflexivo para a situação de saúde da população LGBT e promover a conscientização sobre a responsabilidade dos(as) trabalhadores(as) em saúde, a fim de contribuir para melhora deste contexto. Neste sentido, propõe-se dar um retorno aos/às participantes desta pesquisa, divulgando os achados da dissertação e comprometendo-se com sua publicação.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão desta dissertação serão apresentados a seguir, em formato de artigo científico, de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

8.1 ARTIGO: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: UMA ANÁLISE BIOÉTICA A PARTIR DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA SAÚDE

Ana Luísa Remor da Silva
Mirelle Finkler

Resumo

A literatura relata que as representações sociais (RS) da homossexualidade admitem a manifestação de atitudes homofóbicas. O objetivo deste estudo foi compreender as questões éticas que permeiam à atenção à saúde das pessoas LGBT a partir das RS dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde (ABS) sobre as pessoas LGBT. Nesta pesquisa, de abordagem qualitativa, foram entrevistados 15 trabalhadores da ABS do município de Florianópolis, SC. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de Análise Temática de Conteúdo. Os resultados revelaram RS fortemente ancoradas nas morais religiosas e heterônomas. Os principais problemas éticos estiveram relacionados a situações de intolerância LGBTfobia; falta de autocrítica e reflexão ética. Ainda assim, foi possível perceber que a aproximação e maior convívio dos trabalhadores com as pessoas LGBT possibilitou repensar algumas atitudes diferenciadas para esta população. Compreender a sexualidade como uma dimensão da vida não (de)limitada a/por juízos morais (certo/errado, natural/antinatural) é uma questão ética que precisa ser articulada, sobretudo, junto aos trabalhadores de saúde. A consciência dos valores e desvalores presentes na atenção à saúde da população LGBT é um ponto de partida para a formação profissional em saúde e para a educação permanente dos trabalhadores da ABS. Por tudo isso, compreendeu-se que a atenção à saúde das pessoas LGBT é dificultada pela presença de diversos entraves, tais como RS que desqualificam as pessoas LGBT que acabam sustentando também problemas éticos, que em sua maioria dizem respeito à relação trabalhador-usuário. Faz-se

necessário incluir nas discussões em saúde as questões de gênero e de sexualidade. A bioética pode ser um instrumento neste sentido desde que baseada em uma concepção laica e crítica em direção ao pluralismo moral de que a sociedade brasileira necessita.

Palavras-chave: Direitos LGBT; Serviços de saúde; Ética; Bioética; Representações Sociais.

Introdução

No Brasil há representações sociais (RS) da homossexualidade que admitem a manifestação de atitudes homofóbicas, contribuindo assim para preconceitos, discriminação, heteronormatividade que influenciam negativamente na qualidade do atendimento à saúde das pessoas LGBT (PEREIRA et al., 2011; 2013; LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

As RS são fenômenos sensíveis, quase palpáveis que permeiam as relações, atitudes, gestos, posturas, estando presentes de forma concisa cotidianamente. (MOSCOVICI, 1978). De forma geral, nos permitem identificar a relação entre as pessoas e o mundo em que vivem, para assim adaptar-se, orientar-se, localizar-se física ou intelectualmente, reconhecer e solucionar problemas (JODELET, 1993). E ainda, as RS propõem dar sentido a um elemento em destaque, para assim naturalizá-lo e interpretá-lo, fazendo com que o mundo seja visto da maneira que se acredita que ele é ou deveria ser (MOSCOVICI, 1978).

É importante ressaltar que as RS transformam algo desconhecido em algo familiar, por meio dos processos de ancoragem e objetivação. A ancoragem é o processo de relacionar algo novo e desconhecido a algum conhecimento prévio, de modo a comparar a informação nova com a previamente adquirida. (MOSCOVICI, 1981). Quanto à objetivação, está associada com o processo de dar significado a uma ideia, um esquema do âmbito conceitual/intelectual para o âmbito material, tornando-o real, redefinindo a relação do sujeito com o objeto (MOSCOVICI, 1978).

Percebe-se que há poucos estudos sobre RS e as pessoas LGBT assim como sobre o papel das RS no preconceito em relação a essa população. Os resultados da pesquisa realizada por Pereira et al. (2013, p. 86) “indicam que o preconceito pode ser o mecanismo psicológico por meio do qual as RS sobre a natureza dos grupos sociais fomentam a discriminação contra esses grupos”. Desta forma o estudo evidenciou que a RS baseada nas crenças sobre natureza da homossexualidade podem ser determinantes em relação ao preconceito e discriminação entre grupos (PEREIRA et al., 2013).

Um estudo realizado com 220 estudantes de graduação de uma universidade pública de João Pessoa procurou investigar como os estudantes expressam o preconceito contra homossexuais e como esse preconceito se relaciona com a explicação da homossexualidade. Pode-se confirmar cinco possíveis modelos explicativos da homossexualidade previamente definidos: morais – relacionada ao entendimento de que a homossexualidade seria um desrespeito dos valores morais, estando

relacionada à falta de caráter; religiosas – relacionadas ao pecado de não resistir as tentações; psicossociais – visão despatologizante da homossexualidade sendo entendida como uma orientação sexual qualquer; psicológicas – crença de traumas sofridos durante a infância; e por fim as explicações biológicas – relaciona a homossexualidade com patologia oriunda de alterações hormonais, fisiológicas ou gestacionais (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002).

Há pesquisas que verificam a automaticidade de estereótipos e preconceitos principalmente relacionados à gênero e raça. Tal fator acaba por gerar uma grave consequência, de que o preconceito seria compreensível, normal e inevitável no processo de categorização. Desta forma questiona-se qual o papel dos estereótipos e do preconceito na sociedade, estando estes principalmente relacionados com a necessidade de permanência dos padrões e normas sociais, políticas, econômicas, sexuais. Concluindo que o preconceito, ainda que tenha uma ativação automática, pode ser desconstruído (LIMA; VALA, 2004).

A heteronormatividade atribuído como padrão de normalidade a heterossexualidade. Desta forma a sociedade está organizada com a imposição socialmente compartilhada e sustentada da heterossexualidade como uma forma “coerente” de se relacionar, a qual também é colocada como privilégio em diversas estruturas sociais (BERLANT; WARNER, 2002). Já a homofobia está relacionada com a hostilidade em relação às pessoas homossexuais (BORRILLO, 2001), que se estende, de maneira peculiar, também às lésbicas (lesbofobia), bissexuais (bifobia), travestis e transexuais (transfobia), atrelada à negação de direitos.

As pessoas que não se identificam com o sexo atribuído ao nascimento são conhecidas como pessoas transgêneras ou trans. Já aquelas e aqueles que se identificam com o sexo atribuído ao nascimento são denominadas pessoas cisgêneras ou cis (JESUS, 2012). Os gêneros inteligíveis são aqueles que mantêm o padrão “coerente” entre sexo, prática sexual e gênero, porém a identidade de gênero pode ou não estar relacionada ao sexo designado ao nascimento. As identidades que transgridem tal norma sociocultural sofrem as represálias por irem contra o modelo binário imposto (BUTLER, 2003).

Faz-se necessário, portanto, um rompimento com os padrões sociais que acabam por estimular o preconceito, a discriminação. Conflitos éticos relevantes na relação trabalhador de saúde e usuário, que muitas vezes de forma velada, pode causar prejuízos nos atendimentos à saúde (SANTOS et al., 2015). Neste sentido é importante reforçar que a LGBTfobia e o cis-heterossexismo devem ser reconhecidos como os principais geradores de sofrimento e opressão da população LGBT

(HARPER; SCHNEIDER, 2003). E ainda, deve-se reconhecer todas as orientações sexuais e todas as identidades de gênero como manifestações humanas legítimas e não como algo que foge à cis-heteronorma (LIONÇO, 2008).

Wahlert e Fiester (2013) ressaltam que, nos Estados Unidos, apesar da concretização de diversos movimentos em busca dos direitos das pessoas LGBT, estas encontram-se em estado de vulneração quando se trata da área da saúde. Para que os atendimentos em saúde ocorram sem discriminação é preciso haver uma mudança cultural no sistema de ensino, com ações que priorizem a equidade e a inclusão, de forma a preparar melhor os profissionais de saúde para lidar com demandas específicas, livres de preconceitos, tanto para com os usuários, quanto para os próprios profissionais LGBT (MANSH; GARCIA; LUNN, 2015).

Porém, é importante destacar que as mudanças no sistema de ensino devem estar diretamente relacionadas também à qualidade da formação ética dos estudantes. Finkler, Caetano e Ramos (2013) apontam que o ensino da ética necessita ocorrer para além da Deontologia, de uma ética profissional. Deve-se ter como fundamento a autocrítica, a reflexão interior, a qual por meio de diálogo e escuta permite tomar uma decisão coerente em cada situação de conflito ético, sempre levando em conta sua peculiaridade. Desta forma os autores refletem ainda que a formação profissional não envolve apenas questões pertinentes ao processo de ensino e aprendizagem, mas também está relacionada com o processo de socialização profissional compartilhada, a qual deve contribuir para desenvolvimento moral e da formação de caráter do estudante.

Rotineiramente, no senso comum, moral e ética são entendidas como sinônimos, o que acaba limitando um olhar crítico sobre os valores morais e as situações que os colocam em questão. Por vezes, estas situações apresentam valores que entram em conflito entre si, ao que se denomina de problema ético. Quando se analisa um problema ético, é importante que se considere todos os aspectos implicados, isto é, os fatos, os valores e os princípios envolvidos, assim como a situação, seu contexto e as possíveis consequências diante das diferentes decisões que podem ser tomadas (GRACIA, 2001a; 2003).

A complexidade dos problemas éticos coloca em questão as diferentes fundamentações das normas morais. As doutrinas morais que consideram que as leis morais são oriundas de preceitos religiosos entende-se por “teonomia”. O termo historicamente dá origem a três tipos de éticas teônomas: religiosa, em que a divindade dita as normas morais; heterônoma cuja mediação não depende exclusivamente do sagrado, mas também da razão e por fim a autônoma em que considera critérios

racionais pessoais nas decisões morais, pois a norma moral é interior (GRACIA, 2010a).

A fundamentação moral do respeito às diferentes maneiras de se viver é autônoma. Porém, sabe-se o quanto fundamentações teônomas e heterônomas permeiam também nossos juízos de valor e nossas decisões de dever. Desta forma, uma análise (bio)ética laica se faz essencial, tarefa para a qual a Bioética Cotidiana (BERLINGUER, 1996; 2004) e a Bioética Crítica de Inspiração Feminista (OLIVEIRA, 1995a; DINIZ; GUILHEM, 2009) podem ser fortes aliadas.

As pessoas LGBT por muito tempo sofreram repressões sociais por fugirem dos padrões considerados morais. Neste contexto, urge um olhar ético para a situação político-social brasileira, para a qual a Bioética Feminista pode ser importante instrumental para a promoção de “ações inclusivas, pois sua crítica ao patriarcado e ao sexismo podem problematizar nossas práticas enquanto cidadãos comuns, profissionais de saúde, gestores e políticos, revelando as morais e as motivações que as embasam” (SILVA; FINKLER, 2016, p. 8). Também a Bioética Cotidiana nos possibilita uma importante análise crítica do contexto de saúde da população LGBT. Mesmo que Berlinguer não tenha estudos específicos sobre gênero e sexualidade, é possível identificar seu posicionamento não sexista, fundamentado na igualdade de gêneros.

Há muito em comum nas pautas da Bioética Cotidiana e da Bioética Crítica de Inspiração Feminista. Ambas compreendem a saúde como um direito que deve ser usufruído na sua plenitude, por meio de ações diferenciadas, de acordo com as peculiaridades de cada um, respeitando-se as diferenças. Consequentemente, acreditam na equidade de gênero, na luta por direitos humanos, repulsando e desconstruindo qualquer ideia de eugenia.

Fazem críticas a princípios morais universais, considerando-os insuficientes para lidar com o contexto de iniquidades em saúde presentes principalmente em países com maior desigualdade social. Outra preocupação compartilhada é a falta de um olhar (bio)ético para problemas sociais recorrentes que atingem populações em vulneração, por questões de pobreza, fome, iniquidades em saúde, questões de gênero, racismo, dentre outras formas de opressão social. É pauta em comum, também, discussões sobre o exercício da autonomia, dependente de condições políticas, sociais, econômicas e ambientais mínimas para se viver com dignidade.

Berlinguer (1993, p.30) evidencia a crítica sobre o desenvolvimento tecnológico desenfreado sem uma responsabilidade ética, o qual favorece e concentra seus interesses a um pequeno grupo

detentor de poder, os “*White men over forty*, os homens brancos acima de quarenta anos”. A Bioética Crítica de Inspiração Feminista pode complementar esta reflexão justamente apontando que a própria bioética historicamente foi construída com fundamentos patriarcais (OLIVEIRA; FERRAZ; FERREIRA, 2001) e, desta forma, um desafio essencial é a reflexão (bio)ética atrelada às questões de gênero (DINIZ, 2008). Neste sentido, a união destas duas Bioéticas reforçam seus argumentos e se complementam, tornando-se assim, preciosas ferramentas de análise ética para as questões de saúde da população LGBT.

Pretende-se então compreender as representações sociais que os trabalhadores na área da saúde possuem em relação à população LGBT para assim refletirmos sobre as questões éticas envolvidas, dificuldades, barreiras a fim de desmistificar essa relação trabalhador-usuário e colaborar dentro do possível para a concretização de direitos da população LGBT. Portanto, o objetivo deste artigo foi compreender as questões éticas que permeiam à atenção básica à saúde da população LGBT a partir das representações sociais dos trabalhadores da Rede Básica de Saúde.

Método

Esta pesquisa, de caráter qualitativo, foi realizada em Florianópolis, SC, em dois Centros de Saúde, os quais foram escolhidos por possuírem maior probabilidade de assistir à população trans, a qual se encontra em áreas específicas da cidade, conforme informações disponibilizadas pela ADEH - Associação em Defesa dos Direitos Humanos com enfoque na sexualidade.

Os participantes foram trabalhadores e trabalhadoras da área da saúde com todos os diferentes níveis de escolaridade que compõem a equipe que atua diariamente no mesmo centro de saúde. Participaram, então, 15 trabalhadores: auxiliar técnico-administrativo (1), agentes comunitários de saúde (2), auxiliares ou técnicos de enfermagem ou saúde bucal (4), cirurgiões-dentistas (3), enfermeiros (3) e médicos (2). Os participantes tinham de tempo de trabalho entre 1 ano e meio e 15 anos (em média, 8 anos) e atuavam nos Centros de Saúde selecionados de 7 meses a 10 anos (em média, 4 anos).

Após o primeiro contato com os coordenadores, os trabalhadores foram convidados, pessoalmente ou por telefone, para participar da pesquisa. A leitura do TCLE na íntegra foi realizada pessoalmente no início das entrevistas, disponibilizando espaço para dúvidas e indagações. Após o aceite na participação, inclusive dos recursos de gravação, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individualmente, as quais foram

encerradas na décima quinta quando se percebeu a suficiência dos dados para compreender o funcionamento do fenômeno em estudo, conforme indicação da literatura (MINAYO, 2008). Para fins de sigilo da identidade dos(as) participantes, suas falas serão identificadas, no corpo deste artigo, pela letra E (entrevistado/a) seguidos dos números de 1 a 15 (ex: E1; E2; ...E15).

O tempo total das entrevistas foi de aproximadamente 6 horas e 19 minutos. Para sua transcrição literal e análise dos dados foi utilizado o *software Atlas.ti®7.5.16*. Utilizou-se a técnica de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Minayo (2008). Durante esta primeira etapa, após a leitura flutuante, foram realizadas algumas anotações, percepções e sensações, já destacando alguns núcleos de sentido que posteriormente foram tomados como códigos

Na segunda etapa foram destacadas nas entrevistas frases, palavras ou expressões, e vinculadas aos códigos gerados durante este processo, totalizando 74 códigos. Alguns destes com significados duplos, ou seja, indicando tanto a presença como a ausência do conteúdo relacionado ao código.

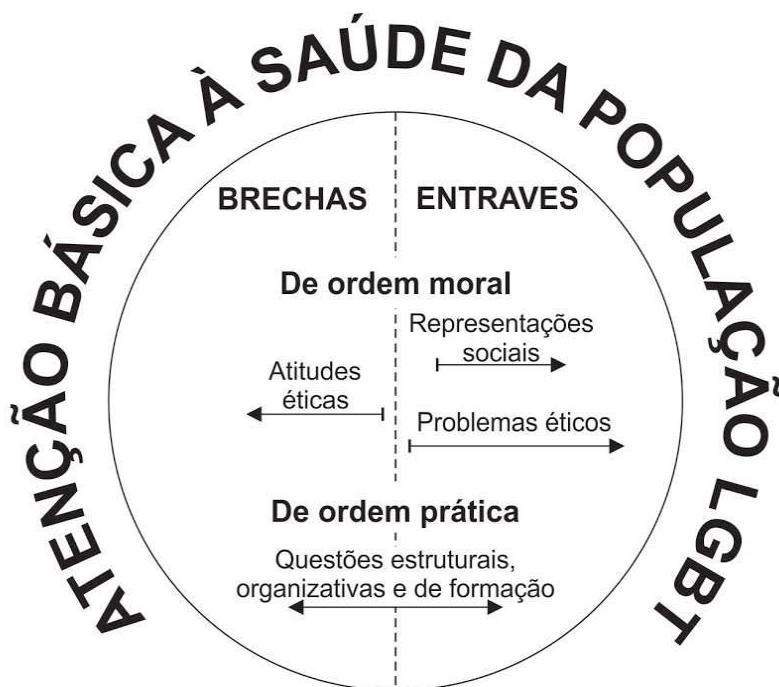
Na terceira etapa foi realizado o agrupamento destes códigos em categorias. Este processo foi realizado três vezes, em que se avançava e retomava a segunda e terceira etapa, pois, sentia-se a necessidade de recodificar e reagrupar de diferentes maneiras até que realmente se pode perceber a adequação das categorias iniciais (subcategorias), que foram então agrupadas em categorias maiores e estas, em supercategorias. Por fim, os dados agrupados nos diferentes níveis de categorias permitiram interpretar os resultados a partir da sua análise fundamentada no referencial teórico e no marco conceitual construídos para esta pesquisa.

Esta pesquisa atendeu à Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, a qual dispõe sobre a garantia dos direitos e deveres relacionados aos(às) participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012, p. 1). Foi aprovada pela Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis – CAPPs e, após, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - CEPESH-UFSC sob o **CAAE: 57917516.0.0000.0121**.

Resultados

A análise dos dados coletados revelou duas super categorias que respondem aos objetivos desta pesquisa: entraves e brechas para o atendimento à saúde da população LGBT. A figura 1 ilustra estas super categorias, bem como as categorias e subcategorias a elas relacionadas. Na sequência do texto, no entanto, os resultados são apresentados a partir da articulação das subcategorias, coerentemente à realidade do próprio objeto de estudo no contexto de vida.

Figura 1 - Entraves e algumas brechas ao atendimento à saúde da população LGBT



SUPERCATEGORIAS - BRECHAS E ENTRAVERS

Categorias - De ordem moral e de ordem prática

Subcategorias - Representações sociais, Problemas éticos,

Atitudes éticas, Questões estruturais, organizativas e de formação

Representações sociais das pessoas LGBT

Para os/as participantes da pesquisa, a população LGBT é representada por meio das concepções morais sobre as orientações sexuais e identidades de gênero, por meio de determinados comportamentos sexuais, de características pessoais e de dificuldades que são atribuídas à vivência como pessoas LGBT.

A maioria das **concepções morais** (e, portanto, os juízos morais) que puderam ser constatados acerca das pessoas LGBT parece estar atrelada a morais teônomas (religiosas) e/ou a uma moral heterônoma. As concepções fundamentadas em uma moral secular, laica, uma moral autônoma, foram as menos compartilhadas.

O juízo moral que se sobressaiu foi o de que tudo que não se enquadra na cisgeneridade e na heterossexualidade é entendido como algo incorreto, em função de um ordenamento divino para a divisão binária de gênero. Este juízo fundamenta-se, portanto, em uma moral religiosa, segundo a qual o homem e a mulher foram feitos um para o outro: *Por questões religiosas eu não acharia uma coisa certa. Acho que homem nasceu pra ser homem, mulher pra ser mulher* (E11); *talvez tenha esse cunho religioso assim, que de... que traz como algo que não é correto* (E13). Seria, portanto, a concepção de que ser LGBT é pecado, ainda que este conceito não tenha sido verbalizado na coleta de dados.

A fala de alguns participantes trouxe à tona outra concepção sobre ser LGBT: de que seria algo intrínseco à pessoa, como se tratasse de algo determinado biologicamente, com uma origem orgânica e, portanto, uma predisposição natural. Tal concepção parece estar fundamentada em uma moral heterônoma: *não acredito que seja uma opção, porque eu acho que ninguém optaria por isso, devido ao sofrimento que eu acredito que traga (...). Acredito que já nasça assim* (E6); *não é escolha, já nascem com essa predisposição* (E9); *tem muitas questões biológicas por trás disso* (E11). Tais falas não revelam o juízo moral que estas pessoas fazem acerca do fato de ser LGBT ser uma questão intrínseca à pessoa, mas houve também juízos morais negativos, como se fosse também algo errado por ser antinatural: *a gente não vai forçar uma coisa que é "ah, é super natural", porque não é! É uma coisa assim que a gente tenta entender e aceitar, mas natural, não é!* (E9).

Outra concepção significativa foi a da orientação sexual e identidade de gênero como uma alternativa, uma opção dependente, portanto, de uma decisão pessoal. Aqui é interessante apontar que as fundamentações morais parecem se sobrepor, pois ao mesmo tempo em

que há o julgamento de que seria errado, é compartilhada a ideia de possibilidade de escolha, o que parece fugir de uma concepção exclusivamente fundamentada em uma moral religiosa. Além do mais, nem todos aqueles que compreenderam ser LGBT como uma escolha pessoal, necessariamente evidenciaram uma base moral religiosa, o que pode ser indicativo de uma fundamentação em uma moral autônoma: *se foi escolha daquela pessoa a gente tem que mais é respeitar* (E2); *acho que não é uma coisa correta. Mas eu entendo que são pessoas que tem uma opção e assim por diante, elas são livres pra isso assim* (E13).

Também esteve presente, ainda que sutilmente, uma certa crítica às concepções anteriores que são hegemônicas, sugerindo uma possível fundamentação moral autônoma, quando se percebeu uma compreensão do ser humano para além de suas crenças religiosas e sem procurar uma justificativa baseada em questões biológicas: *a gente tem essa cultura - homem, branco, hetero cis - que dá isso (ser LGBT) como se fosse uma anormalidade (...) fico pensando uma mulher trans, negra e pobre, o que que ela deve passar, como deve ser a vida dela? (...) deve ser muito sofrida. E com certeza ela não tá ali por frescura (...) é porque ela é assim...* (E14). Contudo, a coleta de dados realizada não foi suficiente para trazer elementos que pudessem confirmar esta percepção. De todo modo, a ausência (ou quase ausência) de uma concepção moral sobre as orientações sexuais e as identidades de gênero, inclusive sobre heterossexualidade e a cisgeneridade, como constructos sociais a partir de uma moral autônoma, não deixa de ser um dos resultados mais relevantes.

Essas diferentes concepções e juízos morais sobre ser LGBT, com suas possíveis fundamentações correspondentes, poderiam assim ser formuladas como uma síntese, a fim de nos aproximar deste elemento que participa das RS dos trabalhadores da ABS sobre as pessoas LGBT:

- “É errado porque é pecado ou porque vai contra os ensinamentos divinos ou religiosos” (moral religiosa);
- “Não é nem certo nem errado, simplesmente vem com a pessoa” (moral heterônoma);
- “É errado porque é antinatural” (moral heterônoma);
- “Não é nem certo nem errado, é uma opção, uma decisão que cabe à própria pessoa” (moral autônoma)
- “Acho errado, mas considero que as pessoas são livres para escolher” (moral religiosa ou heterônoma, e moral autônoma);
- “Não é uma questão de certo ou errado, é uma construção social” (moral autônoma).

Os **comportamentos sexuais** estão relacionados à forma com que os trabalhadores entendem que as pessoas LGBT lidam com sua vida sexual, tanto em relação à quantidade de parceiros como em relação à prevenção e cuidados pessoais. O que se pode perceber é uma forte associação com doenças sexualmente transmissíveis, estando, em menor grau, também associadas questões de promiscuidade e comportamentos de risco: *um homossexual, por exemplo, que tem relação com outro homem, desprotegida, assim, normalmente vai pedir uns exames (E1); os gays ainda vêm mais, procuram mais, geralmente por causa das DSTs (E11); muitos, não todos, tem uma vida promíscua né? (E9); o que a gente atende muito em consultório... um comportamento um pouco mais promíscuo mesmo, de muitos... muitos... na parte sexual muitos... muitos parceiros, a falta de uso de anti, an... não usam preservativo, isso é relato deles mesmo (E13).*

A representação social das pessoas LGBT vinculada a **características pessoais**, tanto físicas como comportamentais, apresentaram conteúdos estereotipados, homem gay com características afeminadas e mulher lésbica com características masculinizadas. Ainda que reconheçam que a aparência não é suficiente para identificar a sexualidade da pessoa, os profissionais se orientam principalmente pela aparência física e pela linguagem gestual dos usuários: *modo de agir e de falar, às vezes é "ai", vira a mão, gesticula, sabe? Fala e, às vezes, jeito de andar, roupa, se vestir (E2); algumas têm um comportamento um pouco masculinizado, então a gente nota. A gente já imagina uma pessoa né, que se veste mais masculina ou que se comporta de um jeito mais masculino, a gente... já dá um clickzinho: "acredito essa pessoa tem essa opção sexual". Porque já é automático, assim como um homem também. Alguns homens, apesar de ter a opção sexual por outros homens, não têm nenhum comportamento diferenciado, outros têm. Tem uma voz mais afeminada ou se vestem de uma forma diferenciada, mais afeminado (E6); ainda a gente tem isso exposto na imprensa, na mídia, programa de televisão, que associa um homem mais delicado que tem trejeito ao homossexual (E5).*

Cabe ressaltar a pouca visibilidade das pessoas trans e travestis. Apenas dois participantes ressaltaram características do corpo ou referentes à vestimenta em relação a mulheres trans e nenhum mencionou homens trans: *as mãos, os ossos são maiores, as mãos são maiores e a voz (E12); as transexuais, principalmente, geralmente, elas já são mais femininas. Então já vem de brinco, de... e aí, às vezes, quando tu pede o documento, tu já vê ali no documento que... que não... que é um homem (E11).*

Outros elementos que participam da representação social das pessoas LGBT relacionadas às características pessoais são a ideia de serem extrovertidas, e sob o ponto de vista de alguns participantes, corajosas: *não que são todos, mas os que mais eu entrei em contato, pode-se dizer como categoria, enfim, geralmente são pessoas mais assim... alegres, mais abertas* (E3); *eu acho gay muito divertido, então, eu posso associar a essa palavra (alegria) né? [risos], quando tu vê gay tu já imagina, tipo...eu tenho amigos gays, assim, e tu já imagina até uma alegria* (E4); *coragem porque as pessoas que se identificam como LGBT vão enfrentar muitos desafios, né? Só uma pessoa corajosa que assume esse tipo de desafio* (E5); *a coragem em expor isso (gênero e sexualidade) pra sociedade, se ela quiser realmente ter uma vida feliz e ser verdadeira consigo mesma ela vai ter que ter coragem de expor isso* (E6).

Algumas ***dificuldades atribuídas à vivência LGBT*** compõem a representação social de que há diversos obstáculos sociais quando alguém se identifica como homossexual ou transexual. Tal perspectiva abrange a ideia de que as pessoas LGBT geralmente passam ou vão passar por algum tipo de violência e sofrimento, por serem mal compreendidas, por sofrerem preconceito, por serem marginalizadas e excluídas, pessoas que vão contra padrões sociais e morais, em especial, as pessoas trans e travestis: *[suspiro] que que eu penso? São pessoas como outra qualquer, só que eu fico com um pouco de... por exemplo, eu sei que pena não é uma palavra boa, mas eu fico com... assim... é... achando que a pessoa vai sofrer, por ter que passar por tudo isso, sabe?* (E6); *rejeitados porque eles não conseguem nem muitas vezes um atendimento médico, hospitalar, trabalho, pelas pessoas acharem que eles são fora da sociedade, excluídos mesmo* (E7); *pra grande parte da população é uma população que fica à margem, que fica deslocada, isolada e que eles tentam se inserir, mas muitas vezes não é permitido* (E8).

Há também a representação social de que muitos LGBT podem estar em conflito psicológico em relação à sua sexualidade e identidade de gênero: *ah tem gente que precisa de uma... mais uma coisa psicológica, porque tá nessa coisa do não sabe ou não tá entendendo consigo* (E3); *algumas situações de que vêm à procura de uma... de atendimento psico... psicológico, psiquiátrico, porque recentemente se identificaram gostando de pessoas do mesmo sexo, então isso pode tá por trás também assim, que é uma descoberta recente* (E13). Uma minoria aponta para os direitos reduzidos da população LGBT: *eu acho que tem que ter o mesmo direito, mesma liberdade que os hêteros têm* (E14). A mídia em geral, em destaque à mídia alternativa, foi considerada um meio que permite maior visibilidade às causas LGBT, evidenciando as

violências sofridas por esta população. É uma forma de aproximar essa realidade de pessoas que pouco conhecem sobre as dificuldades vivenciadas pelas pessoas LGBT: *na sociedade como um todo, o movimento LGBT se unindo, crescendo. As mídias alternativas, a rede social tem feito isso* (E14). Ainda assim, houve também o reconhecimento da mídia como um reforçador de estereótipo.

Desta forma, pode se considerar que as RS dos trabalhadores da ABS em relação às pessoas LGBT são de que:

- as orientações sexuais e identidades de gênero que fogem à cis-heteronorma são compreendidas como comportamentos incorretos porque são contrárias à ordem divina ou natural, ou algo intrínseco às pessoas, ou ainda, fruto de uma decisão pessoal;

- fazem parte de uma população mais propensa a riscos de doenças sexualmente transmissíveis, com um comportamento sexual de risco e promíscuo;

- são pessoas extrovertidas, reconhecíveis por meio de características afeminadas ou masculinizadas;

- que enfrentam diversos obstáculos sociais e sofrem situações de violência, exclusão e marginalização, e ainda, vivenciam conflitos psicológicos.

O reconhecimento de que a população LGBT conta com direitos reduzidos e de que as pessoas LGBT poderiam ser caracterizadas por sua coragem foram questões que emergiram dos dados mais pontualmente e por isso precisam ser consideradas à parte.

Problemas éticos no atendimento à saúde da população LGBT

Os dados revelaram que os problemas éticos no atendimento à saúde das pessoas que não correspondem à cis-heteronorma ocorrem principalmente na relação entre trabalhadores e usuários de saúde e estão relacionados às RS da população LGBT.

Alguns relataram aceitação porque entendem que ser LGBT não interfere em nada além da vida da própria pessoa. Afirmam aceitar pelo convívio no dia a dia de trabalho e por já estarem habituados: *é uma palavra que deveria tá mais presente no cotidiano das pessoas, pra aceitar, é... encarar essa realidade e permitir que as pessoas convivam pra um bem-estar geral* (E8). Ao mesmo tempo, observou-se a presença de um mínimo moral comum: a necessidade (ou obrigação?) de respeitar: *todo mundo tem que respeitar, seja lá o que for né? Opção sexual ou profissional ou enfim... suas escolhas, independente do que for, tipo raça, cor, enfim, religião... então (...) não precisa aceitar, mas se respeitar...*

(E4). *Eu respeito acima de tudo. Eu não crio empecilho (no) atendimento e nada por ser uma pessoa do LGBT (E11)*. Chama atenção a ambivalência dessa aceitação, pelo fato de estar vinculada a um sentido subentendido e até mesmo velado de **intolerância**¹⁶ em relação às pessoas LGBT: *eu acho que essa passeata deles [parada da diversidade] assim... eu acho que eu sou contra na questão deles mostrarem quem eles são e o povo ter que aturar, tá? Bem assim... de o povo ter que estar consciente (...) a gente tem que aceitar do jeito que a pessoa é, mas não do (jeito) que aquela pessoa quer que a gente aceite (E2)*.

Há uma compreensão geral de que as pessoas LGBT sofrem preconceitos e discriminação da sociedade, porém dentro das Unidades de Saúde dos participantes, relataram não haver ou haver pouco: *pode ser que aqui dentro tenha alguém com discriminação, mas assim... eu não vejo (E1); também não vejo diferença assim, nem preconceito, nem má vontade, nem discriminação, não vejo. Aqui principalmente, nunca. Já to aqui há 8 anos (E12)*. Ou por muitas vezes havia relatos superficiais e frágeis a respeito do (não) reconhecimento das dificuldades, do preconceito, discriminação: *eu acho que os profissionais de saúde, a maioria, eu acho que são abertos (...) tem outros que só criticam, tem bastante. Eu diria até que tem mais gente julgando do que apoiando (E11)*. A **invisibilidade do preconceito** é um problema ético, primeiramente pela falta de reconhecimento e crítica de que o preconceito é estrutural, uma vez que está fundamentado no machismo que impera em todas as relações sociais, inclusive dentro das instituições de saúde.

Coerentemente, quando se referem ao atendimento de pessoas LGBT, os trabalhadores disseram ser “normal”, com respostas curtas e diretas, e relataram que pouco perguntam sobre a sexualidade do usuário durante as consultas. Desta forma, paira um **silenciamento de questões de gênero e (homo)sexualidade** nas relações entre trabalhadores e usuários na ABS. Alguns participantes consideram que conhecer a sexualidade do usuário não interfere no seu atendimento e outros justificaram como sendo um tema que surgiria espontaneamente, ou ainda que este tipo de questionamento poderia ser compreendido como uma

¹⁶ Sabemos que no movimento social LGBT este termo não vem mais sendo utilizado principalmente por questões políticas, pois não se luta para que haja tolerância, mas sim, para a conquista de direitos. Utilizamos aqui a intolerância como problema ético para demarcar a diferença entre respeito, pois tolerar e respeitar são completamente diferentes. Tolerar não pode ser mais considerado socialmente um mínimo moral.

invasão de privacidade: *Não pergunto. Por que perguntar “tu é gay”?* *Ele pode, independente se (é) ou não, vai ser a mesma coisa* (E4); *acho que o paciente fica meio constrangido de se colocar assim, qual que é a opção sexual dele...* (E5). Porém, grande parte **indaga sobre a sexualidade em ocasiões de pedido de exames ou investigação de doenças sexualmente transmissíveis**. Assim, ao invés de trazer o tema à tona na anamnese e na escuta do usuário, acaba surgindo em tom de inquirição: *chega num ponto da consulta ou do atendimento que tem que questionar o paciente* (E5); *A pergunta mais direta nesse sentido vai ser feito no teste rápido do HIV e sífilis que a gente faz quando tem um questionarinho (...) que pergunta se é só parceiros homens, só mulheres, homens e mulheres, quantidade de parceiros e assim por diante* (E13); *quando a gente fala de doença sexualmente transmissíveis, eu acho que é uma das áreas da saúde assim que a gente vai perguntar sobre a sexualidade da pessoa, se tem relação com preservativo ou não, se tem relação com... com pessoas diferentes, sexos diferentes... ou algum relacionamento estável* (E15).

É importante destacar a afirmação recorrente de que seriam pessoas comuns, normais, sem características que as diferissem das demais, justificando assim a conduta de não discriminação (negativa) dos trabalhadores em relação às pessoas LGBT: *normal, nunca pensei diferente deles assim. A gente reconhece, pelo tom de voz que é, ou não é, mas eu nunca tratei diferente assim* (E10). Esse imperativo de não discriminação que parece ser amplamente compartilhado acarreta na **ausência da percepção da discriminação positiva** como uma forma de promover a equidade na ABS. Ao serem questionados sobre a necessidade de condutas específicas ou de realizar um atendimento diferenciado, a grande maioria respondeu que não havia necessidade, entendendo que assim compactuaria com o preconceito. Houve também aqueles que entendiam que tratar com diferença seria um privilégio e, portanto, algo incorreto a se fazer: *Tratar também melhor do que os outros... acho que tem que ser comum, tratamento igual pra todos, sendo LGBT ou não. Tipo dar as informações, como dá pra qualquer pessoa, também não precisa... acho que também não precisa ser assim... ah, como eu vou dizer... puxar um saco também só porque é desse público?* (E4); *seria já como se tivesse compactuando com algum preconceito, entendeu? Eu acho que tem que ser (...) por igual, independente do que, né... se ele é gay ou lésbica, eu acho que não precisa ter isso (...) já existe essa condição de dar essa vantagem pros negros por serem negros, então imagina se eu tivesse pros gays e lésbicas? Já taria também colocando eles numa outra classe. E não é o correto dividir eles por classe, dividir*

negro numa classe, branco numa classe, é todo mundo igual. Eu acho que daí se fosse atender eles diferente também taria favorecendo uma outra classe (E10). O não compreender a necessidade da discriminação positiva no atendimento à pessoa LGBT implica em uma **negligência** por parte do trabalhador de saúde.

Esta negligência deriva, também, da **falta de autocrítica e de reflexão ética** sobre a responsabilidade dos trabalhadores pelos diversos entraves vivenciados pelas pessoas LGBT no sistema de saúde, principalmente como servidores públicos e representantes do Estado no serviço. A fala a seguir demonstra pouca crítica e implicação do trabalhador ao amenizar um conteúdo discriminatório, entendendo-o como um simples comentário ou opinião: *às vezes a gente percebe assim... tipo... que sai algum comentário: “tu viu? Nossa é um homem, parece uma mulher, se tu vê na rua não dá pra saber, né?” Esse tipo de comentário, tipo a surpresa pela transformação* (E4).

Neste mesmo sentido, porém, menos sutil e sem consciência do conteúdo homofóbico é importante destacar outro tipo de posicionamento: *as lésbicas já são muito expostas, entendesse? Elas têm que mostrar... elas não têm que mostrar nada, isso é uma opção delas, porque que eu respeito, agora ninguém é obrigada a aceitar o que elas fazem. Tem umas que gosta de mostrar que “nós somos”, não é (por) aí. É que nem uma prostituta, é que nem uma pessoa com doença contagiosa, ela fica na dela entendesse?* (E2). Esse tipo de **comentário preconceituoso e depreciativo** em relação às pessoas LGBT é frequentemente realizado por trabalhadores da AB, fomentando ainda mais a **LGBTfobia**: *eu escuto comentários de alguns assim bem maldosos sabe? Mas a maioria não [...] ah, “bichona, fresca”, essas coisas assim sabe?* (E10); *A maioria ainda faz piadinha, isso é normal. Acho que não deveria ser normal, mas talvez tem em todo lugar* (E9); *eu acho que em geral tem uma visão conservadora, uma visão preconceituosa assim, né? Uma visão... é... piadista, em geral, eu acho que é essa a visão que domina assim né... entre os profissionais de saúde* (E15).

Também o **constrangimento das pessoas LGBT**, e principalmente das pessoas trans e travestis em relação ao não uso do nome social, relatado em situações próprias ou de terceiros que não sabiam como funcionava o sistema ou não compreendiam o que significava o nome registrado entre parênteses. A principal justificativa atribuída pelos trabalhadores foi a falta de conhecimento, tema que suscitou a preocupação de alguns participantes no sentido de alertar para que não fosse interpretado erroneamente como preconceito, muito

embora outras falas o tenham explicitado: *A maioria fica meio sem saber o que fazer. A maioria... são poucos ali que tratam com naturalidade. Então, já vi alguma coisa assim, até meio de constranger assim: “tá, mais tu é o fulano? Teu documento tá escrito fulano, é isso?”* *Aí fica insistindo pra pessoa e a pessoa só... às vezes nem responde, só sacode a cabeça assim... que sim* (E11); *ela era casada e tudo com outra mulher e aí na hora de entregar o exame, ela veio retirar o da esposa. Ela [trabalhadora] perguntou assim, “ué, o que que tu é da fulana?” “Sou esposa”. Daí ela [trabalhadora] travou na hora (...) “o que que eu faço agora?”* (E11); *só tinha ela ali, “pô, mas Fulano já deu presença lá na recepção, já está aguardando”. E acho que foi isso que eu achei estranho, eu acho que até chamei, se não me engano Fulano, depois quando eu voltei, “ó não tem nenhum homem ali”, avisei a [colega] e ela falou: “não, na verdade é aquela mulher ali mesmo”* (E1); *fiquei sabendo de Unidade de Saúde que o coordenador de saúde fazia questão de chamar pelo nome de nascimento (...) agora, graças a Deus, já é um direito, sancionado pela Dilma pouco antes do Impeachment, e mesmo assim a pessoa fazia questão* (E14).

A **dificuldade de aceitação da transexualidade** foi um resultado bastante evidente: *a pessoa que quer o nome social, que quer usar o nome social, ela que tem que tomar a iniciativa de chegar lá na recepção e pedir pra colocar o nome social. Eu acho que é isso, e aí a gente aqui vai poder usar o nome social* (E9). Essa relutância pode ser percebida até mesmo no decorrer das entrevistas, quando alguns dos participantes não se referiam às pessoas trans e travestis conforme sua identidade de gênero:

E1: aconteceu um caso assim de trans, né? Ele veio... ele é um paciente, usuário antigo. O nome dele no cadastro é como um homem, só que o nome social aparece ali né?

Entrevistadora: feminino no caso, o nome social?

E1: isso, nome social feminino. Uma vez chamaram pelo nome mesmo, ele estava na recepção, com um monte de paciente, aí ele ficou chateado. Veio falar comigo porque já estava aqui mais de 5 anos e quem estava na recepção não sabia...

Entrevistadora: mas então é ela no caso.

*E1: Isso então, ela. **Ele** ficou bem constrangido, entendeu? Se tu ver ela é uma mulher completa assim né?*

Desta forma, atenta-se ao fato de como as pessoas trans e travestis estão diariamente sujeitas ao **desrespeito à sua dignidade, por conta da negação da sua própria identidade**.

Assim, os principais problemas éticos que funcionam como entraves ao atendimento à saúde da população LGBT são a intolerância dissolvida em um discurso de aceitação, os comentários preconceituosos e depreciativos, os constrangimentos, a LGBTfobia, a invisibilidade do preconceito, o silenciamento das questões de gênero e (homo)sexualidade, o questionamento sobre a sexualidade majoritariamente vinculado a IST, a não discriminação positiva, a falta de autocrítica e de reflexão ética, a negligência dos trabalhadores da saúde, a dificuldade de aceitação da transexualidade, a negação da identidade das pessoas trans e travestis e o desrespeito à sua dignidade.

Atitudes éticas dos trabalhadores da ABS

Nesta subcategoria encontram-se as principais brechas presentes no atendimento à saúde da população LGBT, as quais são constituídas por atitudes éticas que contribuem para a construção de um ambiente possivelmente mais acolhedor e com maior disponibilidade às demandas específicas das pessoas LGBT.

Alguns participantes relataram que a **aproximação e o convívio** com as pessoas LGBT auxiliou na maneira de compreendê-los, o que pode possibilitar questionamento das concepções e RS. É uma oportunidade de empatia, reflexão ética e mudança de posicionamento político e clínico. Desta forma, após um contato inicial com uma situação até então desconhecida foi relatado ser possível identificar dificuldades presentes no cotidiano da população LGBT e assim até mesmo **modificar certas condutas**: *Então a gente aprende a mudar, a entender que muitas vezes você tá discutindo uma situação e você não se dá conta que aquela mulher só tem relação com mulher e não com um homem, então até você conseguir chegar e perguntar assim, pra mim é um trabalho individual muito grande de desconstrução (E15).*

Ainda assim, como foi visto na subcategoria dos problemas éticos, poucas ações diferenciadas para o público LGBT são relatadas ou identificadas como necessárias pelos trabalhadores. Mesmo que **discriminações positivas** surgissem nos relatos, eram limitadas principalmente ao uso do nome social, ou em poucos casos, voltando o atendimento para demandas específicas da população LGBT: *Porque muitas vezes é... vem.... é.... tem uma figura masculina, porém um nome é*

feminino. Então você não pode jamais em hipótese alguma constranger essa pessoa (E7); elas não tem... não costumam sair de casa com frequência (...) elas só vão vir aqui, talvez, aquela vez. Se ela não for atendida, quem sabe ela não vai voltar, entendeu? Então acaba que, às vezes, eu tento ali encaixar pra ela ser atendida na hora já... não passar na frente das outras pessoas, mas será atendida naquele dia mesmo, não fazer com que ela volte outro dia (E11). Interessante ressaltar que esta participante, mesmo adotando uma atitude de discriminação positiva, apresenta-se insegura: *se isso que eu tô fazendo é certo... tipo de chegar aqui e eu já tentar encaixar o mais rápido possível (E11).*

Os dados revelaram pouca crítica por parte dos trabalhadores, mas as **críticas e autocríticas** evidenciadas constituem importantes atitudes, como por exemplo, o estranhamento a respeito das atitudes de integrantes da equipe: *depois que saiu todo mundo eu falei pra ela: “- Ó, Fulana, quando vir assim, tu age com naturalidade, vai lá e bota, esposa, sabe? Ai ela: - Ai, mas é que não sei o que me deu, eu sei disso, mas é que na hora me deu uma coisa assim. - Então tá, da próxima vez tu já sabe”. Mas já falei pra eles que tem que perguntar se tem um nome que gostaria de ser chamado, mas eu não vejo muita... (...) muitos fazendo isso, não sei (E11).*

Também se percebeu autocrítica sobre limitações pessoais: *eu tô ainda no momento da dúvida, porque eu ainda tô assimilando bastante coisa (E9); limitações do próprio sistema de agenda e de prontuários eletrônicos, do reconhecimento da pouca discussão sobre sexualidade e identidade de gênero entre os trabalhadores da AB, e da compreensão da sua responsabilidade como trabalhador: não quero fazer isso de novo, porque eu vi que a pessoa ficou... ela não se expôs mais, já não falou tanto (...) Porque faltou sensibilidade da minha parte. Ali perdi um paciente, perdi alguém que poderia tá sofrendo, que pela face, tava. Sofreu naquele momento, se fechou, foi uma consulta de poucas palavras (E14); entendendo que um encontro no consultório tem desdobramentos multidimensionais vários, e acho que um dos desdobramentos é o meu aprendizado individual como pessoa meu aprendizado social (...) eu acho que são pessoas que muitas vezes já refletiram um monte sobre sua sexualidade, sobre essa questão de preconceito e tal, então acho que aprendo muito quando eu converso com pessoas LGBT (E15).*

Outro fator importante foi a **empatia** demonstrada pelo reconhecimento do sofrimento que a população LGBT está exposta: *quando eu penso nesse público (...) eu fico um pouco assim: ai... tipo... eles estão passando por um sofrimento. Eu imagino isso, um sofrimento de vida, assim... uma luta interna, um conflito (E6); Eu fico pensando o quanto... não tem como*

imaginar, a gente... quer dizer, a gente pode tentar imaginar mas não sentir, porque o que essas pessoas passam... (E14).

As atitudes éticas aqui apresentadas constituem brechas nas barreiras que a população LGBT enfrenta cotidianamente na rede de serviços de saúde. Ainda que sutis e pontuais, abrem novas possibilidades para a AB: de aproximação e maior convívio, de se repensar e pensar modificações na produção da saúde, levando em conta as especificidades das pessoas LGBT e, portanto, ações de discriminações positivas. Para tudo isto, a autocrítica, a crítica ao sistema e à sociedade, e a empatia são atitudes e valores fundamentais e que precisam ser muito mais ainda estimulados para um sistema de saúde realmente equânime e justo.

Questões estruturais, organizativas e de formação

Das questões de ordem prática que contribuem positivamente para o atendimento à população LGBT, tem-se como destaque a presença do Projeto de **ambulatório de atendimento integral a pessoas travestis e transexuais** na rede de saúde, que possibilita uma aproximação com as pessoas travestis e transexuais: *eu comecei a ter mais contato depois do ambulatório (...) aí que a gente ficou sabendo da dificuldade desse público em procurar serviço de saúde. Eu não tinha nem noção, pra ser sincera, que tinha esse tanto preconceito, tanta coisa* (E4).

Porém, alguns trabalhadores ainda acham que o ambulatório de atendimento integral às pessoas trans e travestis seria exclusivamente para fazer hormonioterapia ou o atendimento de outras questões específicas da travestilidade e transexualidade. Ou seja, entendem que por si só esta demanda **não seria de competência da Atenção Básica ou que na AB os profissionais não teriam as competências necessárias** para tanto. Desta forma, há trabalhadores que **desconhecem as justificativas para um ambulatório específico** para pessoas trans e travestis: *até onde eu sei, não é que tão separando esse grupo pra atender a demanda normal que poderia ser atendida no nosso horário normal (...) fizeram um horário pra atender especificamente essas questões, nesse ponto específico que a gente não é preparado realmente pra lidar com isso, então... da questão de hormônios e tudo mais. Isso aí realmente não faz parte da nossa... da nossa... do nosso treinamento em universidade e tudo mais* (E6). Esta concepção acaba por mascarar uma realidade cruel vivenciada diariamente pelas pessoas trans e travestis: *colegas que foram lá no ambulatório trans (...) falaram que (...) teve uma pessoa que foi lá pra tirar uma unha encravada. Unha encravada se tira em qualquer lugar, só que ela (pessoa trans) falou: "aquela unha encravada se eu*

quisesse tirar no (nome de hospital público), se eu quisesse tirar em outro hospital, se fosse pra tirar no posto de saúde onde sou atendido, onde eu deveria ser atendido, eu não vou, prefiro que arrancam o meu dedo” (E14).

Os participantes evidenciaram a **necessidade de capacitação** dos trabalhadores para a recepção das pessoas trans e travestis nas Unidades de Saúde e dos novos trabalhadores para o correto uso do prontuário em função do nome social: *eu penso que eles têm que, talvez quando o profissional entra na rede da prefeitura, fazer uma capacitação no início, explicando que no prontuário tem essa opção de colocar o nome social. Porque não se sabe isso, eu descobri depois também (...) muitos já vieram perguntar pra mim (E1).* Essa dificuldade com o uso do nome social está relacionada também a **limitações do sistema** de prontuários eletrônicos: *a gente tem um problema no nosso programa que ele aparece na agenda o nome social e depois o nome da pessoa, mas em receita, em exames não aparece o nome social [...] A gente tem que tá botando a caneta do lado assim, quando a gente imprime e dá pro paciente. Mas a receita foi salva ali no computador, se alguma outra pessoa precisar imprimir, só sai com o nome... com o nome do documento (E12).*

Ainda em relação às capacitações, também foi mencionada, porém com menor ênfase, a necessidade da discussão sobre sexualidade: *Tem que ser mais conversado sobre isso (...) no ambiente de trabalho, troca de experiência mesmo, porque daí a troca sempre vai ajudar um ao outro (E3); a Unidade de Saúde que eu tô (...) tá disposta ao aprendizado, tá faltando uma capacitação ali (E14).* Contudo, há uma demanda por uma **formação ético-humanística** dos trabalhadores da saúde, que coloque em pauta os temas da diversidade sexual e de gênero como parte do conceito ampliado de saúde e da formação de um profissional-cidadão, que deveria ser anterior aos primeiros contatos com usuários LGBT. Esta demanda, no entanto, não parece ser percebida pelos trabalhadores, a não ser pontualmente, relacionada às especificidades da assistência à população LGBT: *quero ir lá no ambulatório me capacitar um pouco mais, conversar com o pessoal, aprender que eu não sei ainda (...) como que é pra mim fazer esse atendimento? Ainda é desafiador, porque eu também tenho preconceitos (E14).*

Outros fatores que atuam como barreiras à AB da população LGBT são a **estrutura física** de alguns consultórios - que não permite a privacidade durante o atendimento clínico por serem divididos por biombos, inibindo a comunicação entre trabalhador e usuária(o) - e a **organização da demanda**. Isto porque, muito embora as pessoas trans e travestis tenham maiores necessidades, não recebem atendimento

prioritário: *você tem uma profissional que às vezes é capacitada, tem uma empatia, mas não tem um acesso geral, só tem... só pode marcar qualquer horário criança, gestante e idoso. Esse trans vai passar a madrugada de pé ali junto com os outros, onde ele vai sofrer homofobia? [...] Por que que ele vai sofrer homofobia? Porque o Brasil é homofóbico, porque o Brasil mata. Os outros pacientes são homofóbicos, então tem que ter esse acesso livre (E14).*

Frente ao exposto, pode-se dizer que as questões apresentadas nesta subcategoria constituem majoritariamente barreiras à saúde da população LGBT, podendo-se destacar positivamente, como uma brecha, apenas a existência do ambulatório específico para pessoas travestis e transexuais. Dentre os entraves, tem-se o desconhecimento das justificativas para a existência do ambulatório para pessoas travestis e transexuais e a percepção de que as especificidades de hormonioterapia não seriam da competência da AB e/ou que os profissionais da AB não teriam as competências necessárias para atender as pessoas trans e travestis. Há a necessidade de capacitação dos trabalhadores para a qualificação da assistência à população LGBT, mas, sobretudo, a necessidade de uma formação ético-humanista que seja desenvolvida já na educação superior. Também a falta de privacidade em alguns consultórios, a não priorização das pessoas trans e travestis e os problemas relativos ao uso do nome social no sistema de agendamento e prontuários são elementos que dificultam o uso dos serviços da AB pelas pessoas LGBT.

Discussão

As RS estão o tempo todo presentes na vida das pessoas, por meio do compartilhamento das percepções que fazem parte de nossas vivências. Dentre os múltiplos elementos que compõem as RS, encontram-se atitudes, valores e crenças (JODELET, 1993) que são particularmente relevantes ao objeto desta pesquisa, uma vez que valores e crenças são componentes essenciais das diferentes morais e, sobre estas, ancoram-se as RS dos trabalhadores da ABS sobre a população LGBT.

Como visto, as diversas morais possuem diferentes fundamentações que foram surgindo ao longo da história da ética, dentre elas, encontram-se as fundamentações teônomas, heterônomas e autônomas. Na fundamentação teônoma, Deus “é o fundamento direto da norma” (GRACIA, 2010, p. 180). Partindo-se deste princípio, julga-se que a cisgeneridade e a heterossexualidade seria a vontade divina e, portanto, as pessoas LGBT estariam renegando uma determinação sagrada. Os resultados que sugerem a ancoragem das RS nesta moral

parecem objetificar a homossexualidade, a transexualidade e todas as formas que subvertem a cis-heteronorma como pecados, o que pode sustentar atitudes discriminatórias em diferentes âmbitos, mesmo sem a percepção das pessoas que as praticam.

Já as RS ancoradas em uma moral heterônoma indicam que as questões de gênero e sexualidade seriam intrínsecas às pessoas. Tal concepção nos remete a uma visão biomédica da homossexualidade, herança de uma história de patologização, ainda fortemente presente quanto à transexualidade. Esta RS parece ser objetificada pela natureza, tanto no sentido de ser algo natural da pessoa (intrínseco, biológico), como no sentido de ser antinatural, daí se podendo compreender a aparente ausência de juízo de valor ou, no segundo caso, um juízo negativo. Tal concepção pode também dificultar a compreensão e empatia dos trabalhadores em relação às pessoas LGBT (MULLER; KNAUTH, 2008).

Ao longo da história a percepção da homossexualidade, principalmente com a apropriação do termo pela medicina, foi construída como anormalidade a partir de juízos morais ou mecanismos de regulação social. A sua patologização, seja por uma determinação biológica ou psicológica, deu-se principalmente por uma inversão do objeto de estudo, pois o que determinou como anormal a homossexualidade não foi a ciência, mas sim o poder legitimado pela moral hegemônica da época (MARTINS et al., 2014). Em especial as pessoas trans e travestis historicamente sofreram e ainda sofrem exclusão social com justificativas atreladas a sua patologização, pois seria considerado antinatural ir contra o gênero designado ao nascimento em função do sexo biológico (JESUS, 2012).

As RS das pessoas LGBT constituídas por concepções morais da homossexualidade fundamentadas principalmente nas morais teônomas e heterônomas também foram evidenciadas em diferentes pesquisas com diferentes grupos de participantes, reforçando o preconceito relacionado às pessoas LGBT (LACERDA; PEREIRA; CAMINO, 2002; PEREIRA et al., 2011; 2013), assim como o apoio a políticas sociais de discriminação negativas (PEREIRA et al., 2013). A Bioética Crítica de Inspiração Feminista e a Cotidiana apontam justamente para a importância de um olhar (bio)ético laico, principalmente para que se questione as concepções e juízos morais negativos, que são fundamentados por essa herança religiosa, biomédica e patriarcal.

Foi possível identificar uma comunicação entre as fundamentações morais teônomas e heterônomas, no sentido de se retroalimentarem. Conforme Gracia (2010), são de fato complementares.

As concepções de que ser LGBT é pecado ou antinatural se aproximam ao fugirem das normas morais, sejam elas de origem Divina ou Natural, reforçando a heteronormatividade e, conseqüentemente, a LGBTfobia. Ao mesmo tempo, diferem-se quanto à responsabilização das conseqüências, pois, partindo-se da moral religiosa, parece haver uma certa culpabilização pessoal, o que não ocorre da outra parte. Neste mesmo sentido, Borrillo (2001) aponta que a crença em uma suposta vinculação da homossexualidade a uma herança genética contribui para uma maior tolerância das pessoas. Por outro lado, Berlinguer (1993, p.34) ressalta que “conceito de natural foi frequentemente interpretado no sentido estático para justificar supremacias injustas” (BERLINGUER, 1993, p. 34). Percebe-se, então, que a mesma concepção sobre homossexualidade pode gerar juízos de valor positivos ou negativos, conforme a moral que se tem por base.

Vale pontuar que no contexto social em que vivemos, a cis-heteronormatividade e a LGBTfobia são fortes pilares sustentados pelo machismo, que é estrutural e estruturante da nossa sociedade. Borrillo (2001) vai ainda mais além na análise, compreendendo que o sexismo além de subordinar o feminino ao masculino, igualmente hierarquiza as sexualidades, sendo este um fundamento da homofobia. Á vista disto, o reforço constante de superioridade moral e biológica da heterossexualidade, ou seja, da heteronormatividade, é “uma estratégia política de construção da normalidade sexual. A heterossexualidade aparece, assim, como o padrão com o qual todas as outras sexualidades devem ser comparadas e medidas” (p. 25). Esta normatividade e o ideal por ela imposto constituem o heterossexismo (BORRILLO, 2001), frente a qual a Bioética Crítica de Inspiração Feminista propõe uma ética antissexista e libertária (OLIVEIRA, 1995a).

As RS que atrelam orientação sexual e a identidade de gênero a uma decisão pessoal sugerem a sobreposição de diferentes morais. Por considerá-las incorretas supõem-se uma fundamentação religiosa, ou ainda, heterônoma, pois retoma-se a ideia de ir contra as normas “naturais”. No entanto, neste caso, os dados não apontaram conteúdo suficiente para considerar a evidência de uma moral heterônoma. Já a suposta possibilidade de escolha remete a uma fundamentação autônoma. Esta concepção esteve presente também nas RS de estudantes heterossexuais universitários do Rio de Janeiro, ao contrário dos estudantes homossexuais que defendiam a não intencionalidade da homossexualidade. É possível compreender que esta concepção poderia justificar a responsabilização e a culpabilização das pessoas homossexuais em relação à sua orientação sexual, o que

consequentemente valida atitudes de preconceito e discriminação (SCARDUA; SOUZA FILHO, 2006).

Embora a presença de uma fundamentação autônoma seja de grande importância, a concepção da homossexualidade e da transexualidade apresentadas como decisão pessoal é uma concepção ultrapassada do ponto de vista de diversas correntes teóricas, ao ponto da terminologia atual empregar “orientação sexual” e não mais “opção sexual”. A orientação sexual e a identidade de gênero são construções sociais (BUTLER, 2003; JESUS, 2012) da mesma forma que a cisgeneridade e a heterossexualidade, e jamais devem ser desvalidadas (JESUS, 2012). A mudança para esta concepção que objetifica a homossexualidade como um constructo social poderia ser um primeiro passo para a diminuição do preconceito e da discriminação (PEREIRA et al., 2011).

Compreender a sexualidade humana como uma dimensão da vida que não pode ser (de)limitada por juízos morais como certo ou errado, natural ou não natural, seria uma questão de ética de mínimos ou ética da justiça, conforme Cortina e Martínez (2005). Sobretudo trabalhadores de saúde deveriam compreender gênero e sexualidade para além de corpos inteligíveis e, consequentemente, de uma visão binária de gênero. Conforme Butler (2003), a inteligibilidade é um processo socialmente imposto e instituído, colocando como “proibidas de existir” quaisquer identidades de gênero que destoem da norma sócio/cultural. Portanto, é importante que o trabalhador da saúde compreenda que gênero e sexualidade são constructos sociais complexos e que o pluralismo moral que a sociedade brasileira requer consiste justamente em se compartilhar certos mínimos de justiça, a partir dos quais se concorda em possibilitar que cada um viva segundo seu modelo de felicidade (ética de máximos) e possa convidar os demais a seguir seu modo de vida, sem nunca o impor (CORTINA; MARTÍNEZ NAVARRO, 2005). Esta é uma perspectiva de um Estado laico e democrático. Para a sua consolidação, é necessário que se respeitem os direitos humanos, a diversidade de comportamentos e de ideias, e que se busque objetivos comuns (BERLINGUER, 2004), que seriam os mínimos de justiça a todos.

Outras pesquisas também revelaram a relação direta entre pessoas homossexuais e comportamentos sexuais com maior risco a IST (MOSCHETA, FÉBOLE; ANZOLIN, 2016). Neste sentido, é importante ressaltar que a relação histórica de IST com pessoas LGBT reforça preconceitos e estigmas, dificultando inclusive que assumam sua identidade por medo de discriminação (RODRIGUEZ, 2014). A sexualidade do homem *gay* por apresentar comportamentos que

contradizem o esperado pela heteronormatividade, “é entendida como ilícita, promíscua, ameaçadora e não salutar, uma vez que está fora das margens de legitimação familiar” (MOSCHETA; FÉBOLE; ANZOLIN, 2016, p. 77). Sociedades que têm a heterossexualidade como modelo tornam qualquer orientação fora deste padrão como imoral. Assim, homens homossexuais acabam sendo retratados como frívolos e promíscuos, e mulheres homossexuais, como hostis e agressivas aos homens (BORRILLO, 2001), características que reforçam a RS de que seriam mulheres masculinizadas.

O padrão comportamental encontrado na RS das pessoas LGBT, de comportamentos afeminados em homens *gays* e masculinizados em mulheres lésbicas influenciam nos atendimentos à população LGBT, pois os trabalhadores costumam se orientar por estas características, o que pode ser, inclusive, um gatilho para o preconceito. Este elemento das RS foi constantemente veiculado na mídia em geral, de forma estereotipada, porém vem apresentando pequenas mudanças ao longo do tempo (BELELI, 2009; BAGGIO, 2013). Além disso, ressalta-se que a associação da mulher cis lésbica com a masculinidade reflete estereótipos que podem colaborar com o estado de vulneração dessas mulheres, principalmente em relação à saúde (TOLEDO, 2007; BARBOSA; FACCHINI, 2009; CARVALHO; CALDERARO; SOUZA 2013; NAVARRO-SWAIN, 2016). É importante pontuar ainda que algumas mídias alternativas procuram desconstruir estereótipos, colocando em foco também a luta por direitos da população LGBT.

Cabe destacar a falta de conhecimento em relação às pessoas trans na fala dos participantes. Desta forma, é possível inferir duas perspectivas: uma de confusão dos trabalhadores que em diferentes momentos se referiam às mulheres trans como homens homossexuais, podendo entender então, que a RS de pessoas trans e travestis faria parte da RS das características referidas acima. A segunda perspectiva vem no sentido de revelar a pouca visibilidade das pessoas trans e travestis, e conseqüentemente o maior preconceito enfrentados por elas nos serviços de saúde. Um estudo sobre RS de estudantes de enfermagem sobre pessoas trans e travestis também apresentou concepções fundamentadas nas morais religiosa e heterônoma, compartilhando ainda o equívoco entre identidade de gênero e orientação sexual (MOREIRA; GOMES, 2013). Neste mesmo sentido, cabe considerar que as pessoas bissexuais, praticamente não foram referenciadas diretamente pelos participantes desta pesquisa.

Scardua e Souza Filho (2006) também constataram que pessoas LGBT são representadas como alegres e felizes, entendendo-as como

características sociais positivas. Tal RS pode estar relacionada com o sentido original da própria palavra *gay*, que em inglês significa alegria. No entanto, há RS de que as pessoas LGBT vivenciam diversas dificuldades, como obstáculos sociais, violência, sofrimento e exclusão social. Esta RS pode ser interpretada como uma brecha aos entraves à atenção básica à saúde da população LGBT, se considerarmos a sensibilidade e a empatia dos trabalhadores implicadas em tal RS. Possivelmente ancorada a esta representação, encontra-se também, porém menos compartilhado, outro elemento que compõe a RS das pessoas LGBT, de que seriam pessoas corajosas, em função de tais vivências. Como aponta Jesus (2012), as pessoas trans e travestis, principalmente, necessitam lutar incessantemente para a garantia de seus direitos básicos, inclusive em relação à própria identidade.

As pessoas LGBT vivenciam forte hostilidade em relação à sua sexualidade, derivada de uma agressividade despertada por julgamentos morais. Até mesmo a compaixão pode ser entendida como desencadeadora de insatisfação com a própria sexualidade e de sofrimento psíquico por ansiedade, depressão, vergonha etc. (BORRILLO, 2001). Mas os participantes desta pesquisa que compartilham da RS de que as pessoas LGBT enfrentam conflitos psicológicos, associam tais conflitos majoritariamente à (homo)sexualidade e não às vivências de repressão e violências. Ou seja, é uma RS que relacionada a sexualidade divergente a “desequilíbrio”, tanto do ponto de vista emocional quanto moral.

A hostilidade em relação à população LGBT nos remete também à intolerância, historicamente compreendida como uma virtude pela moral religiosa. Uma característica presente ainda hoje, mesmo com a conquista do direito à diferença (GRACIA, 2010a). Assim, é visível a ambivalência dos participantes entre ter que respeitar, porém, até certo limite, desde que as pessoas LGBT comportem-se socialmente de acordo com as regras morais. O conquistado direito à diferença respalda a contraposição à cisgeneridade e à heterossexualidade. Por ser uma imposição social, cultural, política, econômica e sexual, há a ideia compartilhada “de que, um valor estimado por grande parte da sociedade brasileira é a heterossexualidade cisgênera, validando o discurso da intolerância para com qualquer outra orientação sexual e/ou identidade de gênero” (SILVA; FINKLER, 2016, p. 7).

Todo cidadão deve promover valores, tanto quanto seja possível. Porém, em diversas ocasiões, os valores morais entram em conflito entre si, ou seja, surgem problemas éticos que precisam ser devidamente analisados e enfrentados. Temos, assim, o dever de resolvê-los

prudentemente, preservando ao máximo os valores em conflito ou, ao menos, ferindo-os o mínimo possível. Para tanto é fundamental considerar as perspectivas dos atingidos pelos problemas éticos em foco (GRACIA, 2010b). Neste trabalho, consideramos como problemas éticos as situações e ações relatadas pelos trabalhadores que de alguma forma atingem as pessoas LGBT, ferindo sua dignidade, humanidade, qualidade de vida, saúde, expectativa de vida e/ou seus direitos sociais. Sendo assim, os problemas éticos apresentados como resultados não foram caracterizados estritamente pela conflitividade entre determinados valores, mas sim por afetarem direta ou indiretamente a atenção à saúde da população LGBT.

A invisibilidade do preconceito é um problema ético, pois o mantém camuflado, despercebido e constantemente reproduzido. Há pouca crítica a respeito da realidade de saúde das pessoas LGBT e da própria responsabilidade, tanto como trabalhador, quanto como parte de um serviço de saúde. A cis-heteronormatividade silencia a potencialidade opressora das ações normatizadoras do gênero nas instituições de saúde, que são legitimadas pelo próprio sistema (MOSCHETA; FÉBOLE; ANZOLIN, 2016).

Ainda que os participantes tenham relatado não ter preconceito contra as pessoas LGBT e não os tratar diferentemente, os resultados apresentados com predomínio de julgamentos baseados nas morais religiosas e heterônomas revelam o contrário. A abstenção de responsabilidade sustenta a invisibilidade do preconceito, por meio de atitudes fundamentadas no machismo e na cis-heteronormatividade, e assim, na LGBTfobia (MELLO et al., 2011; SOUSA et al., 2014; SANTOS et al., 2015; GARCIA, et al., 2016). Tal quadro pode ocorrer e ser reproduzido de forma despercebida por parte do trabalhador de saúde, por já ser banalizado socialmente. Pode também ocorrer de forma velada (às vezes nem tanto), disfarçados pelo discurso da regência do princípio de igualdade e de liberdade de expressão.

O “discurso da não-diferença” também se fez presente em uma pesquisa com médicos(as) da ESF de duas cidades de Minas Gerais, justificado como uma forma de promover a igualdade de tratamento, mas que revela uma maneira de não ser visto como preconceituoso. O problema desta fala é a negação da existência do outro, ao não se permitir que a diferença apareça. Ou seja, a interpretação do seu significado é contrária ao discurso. “Trata-se da contradição não percebida. Aqui, a ideia é a de que igualdade faz desaparecer (ou mesmo impede que surja) o preconceito, em uma equação aparentemente simples, lógica e socialmente correta e aceitável” (PAULINO, 2016, p. 41).

A heteronormatividade se encontra enraizada nas relações e estruturas sociais, o que faz com que a heterossexualidade seja vista não apenas como coerente e moralmente idealizada, mas também como uma posição de privilégio (BERLANT; WARNER, 2002). Esta convicção é uma violência simbólica diária para aqueles e aquelas que não se enquadram nesta característica social (BORRILLO, 2001) e influencia de forma negativa os atendimentos em saúde, pensados para o público cisgênero e heterossexual. Assim, reforça-se o problema ético do silenciamento das questões de gênero e (homo)sexualidade.

Trata-se de uma questão de abrangência internacional, pois Makadon (2011), médico e professor da *Harvard Medical School* escreveu um artigo para tentar orientar como trabalhadores da saúde poderiam tomar a iniciativa para auxiliar pessoas LGBT a se sentirem confortáveis e cuidadas durante os atendimentos, incluindo as questões de gênero e sexualidade na história clínica de seus usuários. E ainda, o autor aponta para outra reflexão importante: “how you will feel and how you will follow up if a patient tells you that he or she is LGBT¹⁷” (p. 221).

A consciência dos valores e desvalores dos trabalhadores na atenção à saúde da população LGBT é essencial para lidar com questões de gênero e sexualidade (PINTO; MOLEIRO, 2012), mas a negação da responsabilidade pessoal pelo conteúdo das próprias atitudes dificulta compreender a necessidade de mudança. Nas entrevistas realizadas, percebeu-se, inicialmente, um discurso positivo sobre os trabalhadores de seu Centro de Saúde, sem reconhecer diretamente (ou efetivamente) o preconceito e as situações de discriminação cotidianas. Na análise dos dados, estes posicionamentos acabavam se revelando frágeis e contraditórios. Raras vezes os entrevistados refletiram sobre o sistema em si ou sobre o modelo de atendimento, ou ainda, sobre a própria postura do profissional, na forma de autocrítica ou de uma reflexão ética sobre sua responsabilidade pessoal. A reflexão crítica embasada nas questões de gênero e sexualidade é um desafio necessário para o raciocínio ético, principalmente pelo reconhecimento de que os estudos de gênero possibilitaram modificar drasticamente as perspectivas da realidade (DINIZ, 2008).

Ficou clara a dificuldade de se adentrar nas temáticas de gênero e sexualidade nos atendimentos em saúde, com exceção nas ocasiões de exames ou investigações de IST. Tal prática reforça estigmas sociais,

¹⁷ Tradução livre: como você irá se sentir e dará continuidade ao atendimento se um(a) paciente lhe conta que é LGBT.

além de limitar as intervenções possíveis, pensando-se no conceito de saúde ampliado. As RS encontradas sobre a população LGBT confirmam tal premissa. Esta associação com IST e promiscuidade faz com que os profissionais nem perguntem sobre as práticas sexuais de um usuário LGBT, supondo que esta sexualidade já seria perigosa e assim,

os hábitos de vida, as modalidades de relação afetivo-sexual e os comportamentos sexuais deixam de ser investigados pelos profissionais de saúde. As perguntas cessam quando acredita-se ter encontrado uma resposta, e no caso dos homens *gays*, esta resposta está sobremaneira contida em sua sexualidade (MOSCHETA; FÉBOLE; ANZOLIN, 2016, p.77).

Neste sentido, percebe-se uma visão de saúde limitada, ao não se compreender a sexualidade como parte da saúde humana. Esta visão também foi constatada em outra pesquisa com usuários LGBT que relataram buscar assistência somente em situações de adoecimento, por conta do preconceito nas instituições de saúde (GARCIA, et al., 2016). Se os próprios trabalhadores da saúde apresentaram esta limitação em termos de compreensão, é plausível se pensar que o mesmo ocorra com a população LGBT, pois qual seria a motivação de frequentar um sistema que pouco compreende suas especificidades? Ressalta-se, portanto, a urgente necessidade do reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual como determinantes da saúde (LIONÇO, 2008), por parte de todos os trabalhadores da área.

Ao se negar as especificidades da atenção à saúde das pessoas LGBT – uma limitação identificada também por pessoas trans e travestis (ROGERS et al., 2016) -, acabamos também por adentrar em dois problemas éticos. O primeiro, a ausência de discriminação positiva, por entenderem que os estariam tratando de forma privilegiada, resultando, assim na negligência dos trabalhadores e do próprio sistema em relação à saúde da população LGBT. Há que se promover a equidade no sistema para os mais vulnerados, pensando em “formas de discriminação positivas que consistem em fazer mais por aqueles que têm menos”, para que se diminuam as desvantagens geradas nas populações marcadas por essas diferenças (CASTEL, 2008, p.13).

A ideia de equidade, conquistada por meio de ações de discriminação positiva, vem justamente em contraposição ao discurso de

igualdade que acaba por ignorar o significado positivo da diversidade, pretendendo uniformizar as pessoas por um único modelo. A existência de uma arbitrariedade moral que prevalece sobre escolhas individuais e coletivas, pode prejudicar condições de vida e de saúde. Desde o nascimento, as pessoas com os diferentes fenótipos e genótipos constituem desde a riqueza da diferença da espécie humana, como também a fundamentação das iniquidades. As quais podem depender de questões genéticas, de doenças, “das condições materiais que cercam a gravidez e o parto, e ainda muitas vezes da família, do local e da classe social na qual se vem e se cresce no mundo. A ética da saúde [...] deve partir desse ponto (BERLINGUER, 1996, p. 87, grifo do autor).

As ações de discriminação positivas contribuem também para atrair o foco de discussão e atenção às questões básicas de saúde vivenciadas por uma grande parcela da população. (BERLINGUER, 1996). Portanto, para se atingir a equidade e universalidade do direito à saúde por parte das pessoas LGBT, evidencia-se a necessidade de ações específicas que incluam a identificação e modificação das condições de negligência aos seus direitos (LIONÇO, 2008). A discriminação positiva é, neste contexto, um dos pilares para avanços iniciais na qualidade da saúde da população LGBT.

Piadinhas e nomes pejorativos ou comentários preconceituosos e depreciativos por parte dos trabalhadores também conformaram um problema ético, assim como identificado em outro estudo (CARVALHO; PHILIPPI, 2013), consistindo em um entrave importante à entrada dos usuários LGBT nos serviços de saúde. Cada comentário preconceituoso reforça uma lógica de hierarquia sexual hegemônica, que perpetua a desigualdade de gêneros, favorecendo a intolerância e ferindo valores intrínsecos, como o respeito. A identificação de atitudes homofóbicas e a conscientização acerca de suas consequências precisam ser estimuladas, pois a “hierarquia de sexualidades é tão insustentável quanto a de raças ou de sexos” (BORRILLO, 2001, p. 43).

A falta desta conscientização e mesmo de preparo para o adequado cuidado das pessoas LGBT pode levar a constrangimentos recorrentes desses usuários em situações diversas (CARVALHO; PHILIPPI, 2013), principalmente das pessoas trans e travestis (MOREIRA; GOMES, 2013). A experiência negativa no acesso à ABS devido a situações humilhantes e vexatórias acaba por gerar resistência das pessoas trans e travestis em procurar os serviços de saúde, retroalimentando um ciclo de iniquidade e vulneração (ROGERS et al., 2016). Uma das principais situações de constrangimento é a não utilização do nome social das pessoas, questão recorrente não apenas no

sistema de saúde (MULLER; KNAUTH, 2008; RODRIGUEZ, 2014; D'ÁVILA, 2016; ROGERS, et al., 2016). Ainda que os participantes tenham afirmado ter o cuidado de empregá-lo, houve também diversos relatos de problemas e dificuldades relacionados.

Outro problema ético foi não tratar as pessoas trans e travestis de acordo com a sua identidade de gênero, uma atitude que pode ser considerada violenta ao negar a própria identidade e desrespeitar sua dignidade, demonstrando intolerância aos “desviantes” da cis-heteronorma. Esta é uma das questões centrais que funcionam como barreiras ao acesso aos serviços e tornam a experiência de frequentar os Centros de Saúde uma violência institucional (ROGERS et al., 2016) e causam sofrimento pelas vivências de exclusão, preconceito e estigma (MULLER; KNAUTH, 2008). A própria lógica biomédica de condicionar o início das readaptações corporais das pessoas trans e travestis a um diagnóstico de patologia pode ser considerada uma discriminação negativa que diminui significativamente a autonomia destas(es) usuáries, e pode ainda ser considerada um dispositivo de (bio)poder e controle institucionalizados, atendendo interesses das fundamentações morais dominantes (VENTURA, SCHRAMM, 2009).

É urgente compreender a transexualidade como mais uma identidade de gênero, assim como é vista a cissexualidade (JESUS, 2012). Pode-se compreender a patologização das transexualidades e travestilidades como uma arbitrariedade de desqualificação moral das pessoas trans travestis, sendo este um debate necessário inclusive em defesa da atenção Integral à Saúde, pois o usufruto do SUS não é exclusivo às situações de adoecimento¹⁸. A despatologização surge ainda como um potencializador para o empoderamento social e validação do conhecimento pessoal sobre o próprio corpo e assim, independente de atestados médicos e psicológicos, ser validada a auto declaração e identificação como pessoa trans.

É importante ater-se também ao reconhecimento dos aspectos positivos relacionados aos esforços que vêm sendo realizados, à dedicação dos trabalhadores para melhorar o acolhimento e o atendimento das pessoas LGBT, aos posicionamentos éticos que também puderam ser observados após uma reflexão crítica. A aproximação de pessoas LGBT contribuiu, sob a perspectiva de alguns entrevistados, para a desconstrução de alguns estereótipos, facilitando a relação trabalhador-

¹⁸ Discussão proposta por Tatiana Lionço no II Seminário Despatologização das Travestilidades e Transexualidades em Florianópolis, que aconteceu em junho de 2017.

usuário e a autocrítica. A convivência com pessoas LGBT e a disponibilidade para com o outro são cruciais para se evitar manifestações de sentimentos homofóbicos (BORRILLO, 2001), portanto, os trabalhadores precisam investir no acolhimento, principalmente às pessoas trans e travestis (MAKADON, 2011), para promover o acesso e esta aproximação. Esta, permite modificar condutas para as demandas diferenciadas da população LGBT, como realizar perguntas que não pressupõem a heterossexualidade e a cisgeneridade. O reconhecimento das peculiaridades dos usuários acarreta repensar as práticas, contribuindo para um ambiente aberto e seguro. Não são mais do que condutas mínimas para um atendimento humanizado, equânime e inclusivo.

Mesmo ainda com problemas em relação ao uso do nome social, pode-se perceber uma conscientização a respeito do direito ao uso do nome social, reconhecendo, inclusive, a necessidade de “capacitação” para evitar erros por falta de conhecimento. Em relação ao prontuário eletrônico, ainda que tenha limitações importantes, as quais contribuem para a dificuldade do uso do nome social, a possibilidade de alteração é um ganho relevante no reconhecimento dos direitos da população trans. Vale ressaltar que o sistema está em discussão e estão levando em consideração tais limitações.

Dois ações pontuais de discriminação positivas merecem destaque: a possibilidade de atendimento às pessoas trans e travestis quando estas procuram a unidade, mesmo sem agendamento, compreendendo as dificuldades em acessar o serviço; e a perspectiva de se pensar um acesso diferenciado pelo contexto de discriminação e exclusão social. Também há que se destacar a (auto)crítica de alguns entrevistados quanto ao estranhamento de atitudes preconceituosas por parte dos colegas, visto que há a sociedade ainda legítima tais práticas. A inquietude que pode ser percebida em algumas falas guarda em si potência de interferir na realidade. Cabe comentar que o elo entre as atitudes éticas observadas parece ser a empatia, exercitada quando do reconhecimento dos estranhos morais, de suas dificuldades e necessidades, e sobretudo, da necessidade de diferenciação enquanto houver iniquidades.

São contribuintes, tanto para as brechas quanto para os entraves, questões de estrutura, organização e formação dos profissionais. Como um importante ponto na rede de saúde, tem-se a presença do ambulatório para pessoas trans e travestis no município cenário desta pesquisa. Um serviço reconhecido pelas(os) usuárias(os) como um ambiente seguro e protetor em relação a questões de violência e discriminação interpessoais

e institucionalizadas, que acaba sendo, frequentemente, o único local de atendimento que procuram (ROGERS et al., 2016).

Alguns trabalhadores apresentaram uma ideia restrita sobre a atuação do ambulatório para pessoas travestis e transexuais na rede, demonstrando não compreender as demandas que ali surgem, como parte do trabalho da atenção primária. No entanto, nos seus primeiros 6 meses de funcionamento, foram realizados diversos diagnósticos, como de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus* Tipo 2, tuberculose, asma, dentre outras patologias importantes, além de pequenos procedimentos cirúrgicos (D'ÁVILA, 2016).

O olhar biológico e patologizante em relação à transexualidade restringe o atendimento especializado às pessoas trans e travestis em atenções focadas na psiquiatria, psicologia, endocrinologia e cirurgia, reforçando assim, a ideia de que não seriam demandas da própria da ABS (ROGERS et al., 2016). A falta de competências dos trabalhadores para lidar com as demandas advindas da transexualidade e com o contexto de vulneração social das pessoas trans e travestis reforça o problema (ROGERS et al., 2016), justificando ainda mais o funcionamento de um ambulatório específico, enquanto necessário. Os trabalhadores de saúde que não reconhecem as especificidades e necessidades da saúde da população LGBT, dificilmente serão hábeis de ofertar cuidado humanizado e de qualidade (CARVALHO; PHILIPPI, 2013), o que demanda um processo de educação permanente em saúde, na tentativa de compensar as lacunas da educação destes profissionais com relação à diversidade de gênero e sexualidade (MULLER; KNAUTH, 2008).

Além disto, evidencia-se também a importância de uma formação ética que ultrapasse a dimensão deontológica, fomentando a educação de cidadãos e trabalhadores humanistas, social e eticamente competentes (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2013). Infelizmente a potência pedagógica das universidades nem sempre é aproveitada como um espaço para a aprendizagem ética que incentive seus estudantes e futuros profissionais a contribuir para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e democrática (MARTÍNEZ, 2006).

Trata-se de legitimar a homossexualidade, a bissexualidade, a transexualidade como manifestações tão plenas de humanidade e dignidade quanto a cisgeneridade e a heterossexualidade, e promover a aceitação da diversidade sexual, reforçando a importância dos valores de igualdade e não-discriminação negativa destas, na formação de profissionais (BORRILLO, 2001). Compreender a orientação sexual e a identidade de gênero também como determinantes da saúde, implica árduos enfrentamentos no âmbito da educação, seja no processo formador

de técnicos, no processo de educação superior ou permanente. Faz-se necessário então problematizar a “naturalização das relações sexuais e das manifestações das sexualidades e subjetividades para que a construção do SUS efetivamente viabilize, para a população GLBT, seus direitos de cidadania concernentes ao campo da saúde integral” (LIONÇO, 2008, p. 19).

Considerações Finais

Por tudo isso, compreendeu-se que a saúde das pessoas LGBT é dificultada pela presença de diversos entraves, tais como RS que desqualificam as pessoas LGBT com uma ideia de promiscuidade, risco à IST, estereótipos, entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou antinaturais, ou ainda, como gênero e sexualidades sujeitas a uma escolha pessoal. Neste sentido foi possível perceber uma importante fundamentação nas morais religiosas e heterônomas, que consideram imoral qualquer um que transgrida os valores preconizados por essas estruturas, as quais permeiam todos os níveis de relações sociais. Estas RS acabam sustentando também os problemas éticos, os quais em sua maioria dizem respeito à relação trabalhador-usuário, relacionados à intolerância, falta de autocritica e reflexão ética.

Algumas brechas, relacionadas com a disponibilidade crítica e empática de trabalhadores, precisam ser reforçadas para que se tornem maiores e mais fortes no dia a dia dos serviços de saúde, a fim de modificar a lógica de atendimento das pessoas LGBT. A conscientização do atual contexto de saúde e dos problemas éticos envolvidos pode contribuir para a implicação pessoal dos trabalhadores, responsabilizando-se a respeito da qualidade de um atendimento integral, diferenciado, que aborde as demandas das pessoas LGBT, com respeito e atitudes éticas.

Espera-se, então, que com este estudo seja possível favorecer a elaboração de estratégias para uma melhor abordagem dos trabalhadores quanto ao atendimento da população LGBT, sensibilizando-os para o atendimento humanizado, estimulando a autocritica e a reflexão ética sobre sua atuação profissional. E, de alguma forma, contribuir para a diminuição das disparidades em saúde

Referências

- BAGGIO, Adriana Tulio. A temática homossexual na publicidade de massa para público gay e não-gay: conflito entre representação e estereótipo. **Revista UNINTER de Comunicação**. v. 1, n. 1, p. 100-117. 2013. Disponível em: <goo.gl/4mpLHK>. Acesso em: jun. 2017.
- BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009. Disponível em:<http://goo.gl/G4P94n>. Acesso em: 19 jan. 2016.
- BELELI, Iara. “Eles[as] parecem normais”: visibilidade de gays e lésbicas na mídia. **Bagoas – estudos gays: gêneros e sexualidades**, Rio Grande do Norte, v. 3, n. 4, p. 113-130. 2009. Disponível em:<goo.gl/JhoKvE >. Acesso em jun. 2017
- BERLANT, Laurent; WARNER, Michael. Sexo em Público. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida (editor) **Sexualidades Transgressoras: uma antologia de estudos queer**. Barcelona, Içaria, 2002. p.229-257.
- BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador/São Paulo/Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES. 1993.
- BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC. 1996.
- BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.
- BORRILLO, Daniel. **Homofobia**. Barcelona: Bellaterra, 2001.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin e. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in) visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 111-127, abr. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/YhFtGc>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CARVALHO, Laudenize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas: Ciências da Saúde**, Brasília, v. 11, n. 2, p. 83-92, jul. /dez. 2013.

CASTEL, Robert. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?** Petrópolis: Vozes, 2008. 135p.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2016.

D'ÁVILA, Thiago Luiz de Campos. **Ambulatório de Medicina de Família e Comunidade (MFC) para Travestis e Transexuais em uma Unidade de Saúde de Florianópolis** – relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Residência em Medicina da Família e Comunidade da Prefeitura de Florianópolis. 2016.

DINIZ, Débora.; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2. p. 599-612, 2008.

DINIZ, Débora.; GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, v 7, n 2, s/p. 2009.

GARCIA, Cíntia de Lima et al. Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 95-100, 2016. Disponível em: <goo.gl/ckzUb4 >. Acesso em 06 out. 2016.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Elsevier**. Espanha. 2001. Disponível em: < goo.gl/hzy8qy> Acesso em: 12 jun. 2017.

GRACIA, Diego. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**. v. 6, p. 227–233, 2003.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética**: metas e desafios. 1ª edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010a.

GRACIA, Diego. Deliberation and consensus. **The SAGE Handbook of Health Care Ethics**, London, SAGE Publications. 2010b p. 87-97.

HARPER, Gary W.; SCHNEIDER, Margaret. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. **American journal of community psychology**, v.1 n.31, p. 243-52, jun. 2003.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, ed. 2, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Lyo1uJ>> Acesso em: 02 abr. 2016.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Ed.) **Lesreprésentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leôncio. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002. Disponível em: <goo.gl/B0dRhxcontent_copy>. Acesso em: 06 out. 2016.

LIMA, Marcus Eugênio O.; VALA, Jorge. Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In: Lima Marcus, Eugênio, O.; Pereira Marcos, Emannel (Orgs.). **Estereótipos, preconceitos e discriminação**. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA; 2004, p. 41-68.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, June 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/dR4HcY>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

MANSH, Matthew; GARCIA, Gabriel; LUNN, Mitchell R. From Patients to Providers: Changing the Culture in Medicine Toward Sexual and Gender Minorities. **Academic Medicine**, v. 90, n. 5. p. 574-580, 2015

MAKADON, Harvey J. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 78, n. 4. p. 220-224, 2011.

MARTINS, Eduardo de São Thiago et al. *Psicanálise e homossexualidade: da apropriação à desapropriação médico-moral*. Ide (São Paulo), São Paulo, v. 36, n. 57, p. 163-177, jun. 2014. Disponível em <<http://goo.gl/TA49Eg>>. Acesso em: 31 maio 2016.

MELLO, Luiz *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad Salud y Sociedad**. Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dec. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/1nKvkd>> Acesso em: 7 dez. 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p

MOREIRA, Michelle Araújo; GOMES, Anne Jacqueline Mendes. Representações sociais de estudantes concluintes de enfermagem sobre transexualidade. **Revista de enfermagem**, v. 6, p. 4378-4388, 2013.

MOSCHETA, Murilo dos Santos; FÉBOLE, Daniele da Silva; ANZOLIN Bárbara. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, v. 7, n.3, p. 71-83, 2016.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, Serge. On social representation. In: J. P. Forgas (Org.). **Social Cognition**. London: Academic Press, 1981.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é ‘babado’! **Cadernos Ebape. br** 2 p. 1-14, 2008.

PAULINO, Danilo Borges. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família.** 2016. 142 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 2016.

PEREIRA, Cícero Roberto et al. Preconceito contra homossexuais e representações sociais da homossexualidade em seminaristas católicos e evangélicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 73-82, mar. 2011. Disponível em: < goo.gl/VeNkWq>. Acesso em: 06 out. 2016.

PINTO, Nuno; MOLEIRO, Carla. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. **Psicologia**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 129-151, 2012. Disponível em <<http://goo.gl/zU7gZe>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

NAVARRO-SWAIN, Tânia. **O Que É Lesbianismo.** Disponível em: <<http://goo.gl/Eqb4NE>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

PEREIRA, Cicero Roberto et al. O papel de representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao casamento civil e à adoção por famílias homoafetivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 79-89, mar. 2013. Disponível em: <goo.gl/qSHJ82>. Acesso em: 06 out. 2016.

OLIVEIRA, Fatima. Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 331-347, 1995a

OLIVEIRA, Fatima. Feminismo, luta anti-racista e bioética. **Cadernos Pagu**, v. 5. p. 73-107, 1995b.

OLIVEIRA, Fatima; FERRAZ, Thereza Campanille; FERREIRA, Livia Cristina Oliveira. Ideias feministas sobre bioética. **Estudos Feministas**, v. 9, n. 2. p. 483-511, 2001.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC**. 2014. 182 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014

ROGERS, João; TESSER-JR., Zeno Carlos; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio et al. Pessoas Trans na Atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.3, p.49-58, 2016.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos, et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBTTT. **Revista Bioética**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 400-408, Aug. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/tTEval>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

SCARDUA, Anderson; SOUZA FILHO, Edson Alves de. O debate sobre a homossexualidade mediado por representações sociais: perspectivas homossexuais e heterossexuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 482-490, 2006.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLER, Mirelle. O movimento LGBT e a bioética crítica de inspiração feminista: convergências e potencialidades. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.3, p.1-10, 2016

SOUSA, Barbara Cabral de et al. Famílias homoafetivas na estratégia de saúde da Família: uma reflexão bioética. **Revista de Atenção à Saúde** (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), v. 12, n. 39, p. 66-73. 2014.

TOLEDO, Livia Gonsalves. Considerações Narrativas sobre as vivências afetivo-sexuais entre lésbicas e suas relações com os mitos e estereótipos a respeito da lesbianidade. Trabalho apresentado em anais de evento. **XIV Encontro Nacional da Abrapso. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro 2007.**

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis (Rio J)**, v.19, n.1, p. 65-93. 2009.

WAHLERT, Lance; FIESTER, Autumn. A false sense of security: lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) surrogate health care decision-making rights. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 26, n.6, p. 802-804. nov. 2013.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo isso, compreendeu-se que a saúde das pessoas LGBT é dificultada pela presença de diversos entraves. A compreensão das RS dos trabalhadores a respeito das pessoas LGBT foi essencial para identificar as questões éticas que permeiam sua assistência à saúde, validando os pressupostos de uma forte fundamentação religiosa presentes nas relações, assim como de morais heterônomas. Estas podem ser reforçadoras do preconceito relacionado às pessoas LGBT, pois consideram imoral qualquer um que transgrida os valores preconizados por essas estruturas, as quais permeiam todos os níveis de relações sociais. Confirma-se assim, a necessidade de uma perspectiva ética para intervir na realidade, como proposto pela Bioética Cotidiana e pela Bioética Crítica de Inspiração Feminista.

Como foi possível perceber, as diferentes teorias morais que fundamentam as concepções e juízos de valores sobre a orientação sexual e a identidade de gênero, e, por sua vez, as RS dos trabalhadores em saúde em relação à população LGBT, sobrepõem-se, ocorrendo de forma articulada e, às vezes, ambivalente. Deste modo, acabam por assumir diferentes papéis dentro do contexto em saúde, mas principalmente de influências negativas, banalizando a discriminação e a LGBTfobia.

Assim, o cenário se mantém coeso, visto que o machismo, a heteronormatividade, a visão binária de gênero, a cisnormatividade, a LGBTfobia permeiam, em diferentes níveis, as RS dos trabalhadores em relação a população LGBT.

Os entraves à saúde estão compostos principalmente, então, por RS que desqualificam as pessoas LGBT com uma ideia de promiscuidade, risco à IST, estereótipos, entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou antinaturais, sujeitas a uma escolha pessoal. Estas RS acabam sustentando também os problemas éticos, os quais em sua maioria dizem respeito à relação trabalhador-usuário, relacionados à intolerância, falta de autocrítica e reflexão ética, com situações de constrangimentos, dificuldade de compreensão e respeito, especialmente em relação às pessoas trans e travestis, além do silenciamento sobre as questões de identidade de gênero e orientação sexual. À vista de tudo isso, a cis-heteronormatividade paira como plano de fundo contínuo e desgastante nas relações sociais como um todo, inclusive e, principalmente, dentro dos Centros de Saúde, onde a sociedade interfere na gestão dos corpos, da sexualidade, da vida e da morte, por meio dos trabalhadores de saúde.

Ainda que o contexto apresentado seja de mais entraves do que

brechas à atenção à saúde da população LGBT, é possível pensar em perspectivas de mudança. Mesmo que sutil, há atitudes éticas e RS que positivamente podem contribuir para um longo processo de melhoria e sensibilização nos atendimentos das pessoas LGBT. Como a disponibilidade dos trabalhadores em fazer o seu melhor, em preocupar-se com a qualidade do atendimento, mesmo não apresentando consciência da realidade apresentada como um todo. Ou a RS de que são pessoas que vivem situações de dificuldades e preconceitos nas relações sociais. Ainda que esta seja importante não é suficiente, visto que há necessidade de compreender e reconhecer que tais situações ocorrem também dentro das unidades de saúde, assumindo assim a responsabilidade para romper com ações que banalizam este sistema. Neste sentido, apontando os problemas de ordem moral e de ordem prática pode-se pensar em estratégias mais efetivas que garantem a saúde da população LGBT.

A disponibilidade pessoal com pensamento crítico sobre si mesmo, sobre a unidade de saúde como um todo e sobre os colegas de equipe são essenciais e precisam ser reforçadas como um exercício diário de conscientização, a fim de que ações de cunho discriminatório não passem mais despercebidas. Além de ser fundamental compreender a necessidade de se modificar a lógica de atendimento das pessoas LGBT, visando maior qualidade. Pois ao se reconhecer as limitações é possível trabalhar para o seu aprimoramento. A conscientização do atual contexto de saúde e os problemas éticos envolvidos pode contribuir para a implicação pessoal dos trabalhadores, responsabilizando-se a respeito da qualidade de um atendimento integral, diferenciado, que aborde as demandas das pessoas LGBT, com respeito e atitudes éticas. Desta maneira há também um compromisso ético da pesquisadora em fazer com que estes resultados cheguem nos centros de saúde, assim como na população como um todo, por meio de publicações científicas ou a própria exposição dos resultados em outros meios.

Compreender a sexualidade como uma dimensão da vida não (de)limitada a/por juízos morais (certo/errado, natural/antinatural) é uma questão ética que precisa ser articulada, sobretudo, junto aos trabalhadores de saúde. Porém é importante reconhecer que este é um dos maiores desafios sociais que somente será possível por meio de atitudes éticas laicas, visando o pluralismo moral de que a sociedade brasileira necessita ao se compartilhar os mínimos de justiça.

Outro fator relevante que surgiu nas reflexões despertadas na análise dos dados desta pesquisa é o questionamento da qualidade das formações em saúde, com trabalhadores que pouco apresentam o compromisso ético em contribuir com uma sociedade mais digna e justa.

Tal questão reflete uma defasagem na formação ético-humanista de estudantes e profissionais de saúde. Portanto uma reformulação dos sistemas de formação é necessária, reconhecendo as limitações nos conhecimentos e discussões das temáticas de gênero.

Por exemplo, mesmo com todo esforço e estudo na temática, apenas me dei conta da pouca discussão em relação às pessoas bissexuais ao realizar o fechamento deste trabalho. Esta é uma limitação importante da pesquisa que inclusive retrata um contexto muito maior, vivenciado pelas pessoas bissexuais, de invisibilidade e pouco reconhecimento. Portanto seria interessante futuramente realizar pesquisas mais aprofundadas tendo como foco a especificidade de cada diversidade presente na sigla LGBT. Ou ainda, um estudo das perspectivas das pessoas LGBT sobre as questões éticas presentes nos atendimentos em saúde a elas(es) prestados, procurando compreender também quais as fundamentações morais predominantes neste grupo.

Outra questão importante foi que nem todos os trabalhadores conheciam a sigla como um todo. Desta forma, foi também limitação desta pesquisa subentender que os participantes possuíam este conhecimento, o que pode ter perdido certas peculiaridades em relação às diferentes sexualidades e identidade de gênero representadas pela sigla, ou ainda ter contribuído para pouco aprofundamento das respostas dos trabalhadores em relação a algumas perguntas.

A conquista de direitos das pessoas LGBT não é suficiente para uma sociedade mais justa e inclusiva. É importante enfatizar a necessidade de um avanço moral e ético. Os direitos são essenciais como acordos morais mínimos, como forma de responsabilizar o Estado e a sociedade sobre seus deveres, porém não garantem as mudanças morais. O foco deve ser a busca pelos máximos morais visando a excelência nas relações sociais, por meio de atitudes éticas, da eticidade na sociedade e na formação profissional. Desta forma, um olhar (bio)ético para toda trajetória de luta por direitos dos movimentos sociais LGBT é essencial e talvez um dos caminhos para que a sociedade ultrapasse as construções normativas excludentes e discriminatórias.

Por fim, espera-se que com este estudo seja possível favorecer a elaboração de estratégias para uma melhor abordagem dos trabalhadores quanto ao atendimento da população LGBT, sensibilizando-os para o atendimento humanizado, estimulando a autocrítica e a reflexão ética sobre sua atuação profissional. E, de alguma forma, contribuir para a diminuição das disparidades em saúde que ocorrem de forma injusta e atroz.

REFERÊNCIAS

ADEH. **Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade**. Disponível em: <<https://goo.gl/Qd9Bgf>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

ABRIC, Jean Claude. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denise Cristina de; CAMPOS, Pedro Humberto Faria (org.). **Representações sociais** – uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005, p.23-34.

ARÁN, Márcia; Z Aidhaft, Sérgio; Murta, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 70-79, abr. 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/dC6izY>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

BAGGIO, Adriana Tulio. A temática homossexual na publicidade de massa para público gay e não-gay: conflito entre representação e estereótipo. **Revista UNINTER de Comunicação**, v. 1, n. 1, p. 100-117. 2013. Disponível em: <goo.gl/4mpLHK>. Acesso em: jun. 2017.

BARBOSA, Grace Jacqueline Aquiles; AZEVEDO, Mário Luiz Neves de. Saúde coletiva: a formação de um campo sob a perspectiva metodológica de Pierre Bourdieu. In: **Seminário de Pesquisa do PPE**. Universidade Estadual de Maringá 08 e 09 de junho de 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/NRwxn3>>. Acesso em: 9 dez. 2015.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s291-s300, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/G4P94n>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

BELELI, Iara. “Eles[as] parecem normais”: visibilidade de gays e lésbicas na mídia. **Bagoas – estudos gays: gêneros e sexualidades**, Rio

Grande do Norte, v. 3, n. 4, p. 113-130. 2009. Disponível em:<goo.gl/JhoKvE>. Acesso em jun. 2017

BERLANT, Laurent; WARNER, Michael. Sexo em Público. In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida (editor) **Sexualidades Transgressoras: uma antologia de estudos queer**. Barcelona, Içaria, 2002. p.229-257.

BERLINGUER, Giovanni. **Questões de vida: ética, ciência, saúde**. Salvador/São Paulo/Londrina: APCE/HUCITEC/CEBES. 1993.

BERLINGUER, Giovanni. **Ética da Saúde**. São Paulo: HUCITEC. 1996.

BERLINGUER, Giovanni. **Bioética cotidiana**. Brasília: Universidade de Brasília, 2004.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Physis**, supl. 15, p. 11-16, 2005.

BORRILLO, Daniel. **Homofobia**. Barcelona: Bellaterra, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <<http://goo.gl/iSVzAt>> Acesso em: 08 abr. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda**

nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed., 3. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. 68 p. – (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental 132 Rio de Janeiro.** 2011b. Disponível em: <<http://goo.gl/t0GKZF>> Acesso em: 01 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: 1. ed., 1. Reimp. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 8.727, DE 28 DE ABRIL DE 2016:** Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. 2016a. Disponível em: <<http://goo.gl/ihgopL>> Acesso em: 03 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipesc.def>> Acesso em: 20 jun. 2017

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero:** Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CARVALHO, Cintia Sousa; CALDERARO, Fernanda; SOUZA, Solange Jobin e. O dispositivo "saúde de mulheres lésbicas": (in) visibilidade e direitos. **Revista Psicologia Política.**, São Paulo, v. 13, n. 26, p. 111-127, abr. 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/YhFtGc>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

CARVALHO, Laudénize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde. **Universitas: Ciências da Saúde, Brasília**, v. 11, n. 2, p. 83-92, jul./dez. 2013.

CASTEL, Robert. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones?**. Petrópolis: Vozes, 2008. 135p.

CASTRO, Paula. Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. **Análise social**, v. 37, n. 164, p. 949-979, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Resolução CFP 001/99, DE 22 DE MARÇO DE 1999**. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual. Disponível em: <goo.gl/2qnU91> Acesso em: 20 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Despatologização das Identidades Trans e Travestis**. Disponível em: <<http://goo.gl/8FAP8L>> Acesso em: 01 abr. 2016.

COLEMAN, Eli et al. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. Versão 7. **World Professional Association for Transgender Health (WPATH)**, 2012: 123 p. Disponível em: <<http://goo.gl/RtZNEp>> Acesso em: 14 jan. 2016.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio. **Ética**. São Paulo: Loyola, 2005.

CORTINA, Adela; MARTÍNEZ NAVARRO, Emilio. **Ética**. 2ª ed., São Paulo: Loyola, 2009

D'ÁVILA, Thiago Luiz de Campos. **Ambulatório de Medicina de Família e Comunidade (MFC) para Travestis e Transexuais em uma Unidade de Saúde de Florianópolis** – relato de experiência. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Residência em Medicina da Família e Comunidade da Prefeitura de Florianópolis. 2016.

DINIZ, Débora. Bioética e gênero. **Revista Bioética**, Brasília, v.16, n.2, p 207 – 216, 2008.

DINIZ, Débora.; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 2. p. 599-612, 2008.

DINIZ, Débora.; GUILHEM, Dirce. Bioética Feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. **Revista Bioética**, Brasília, v 7, n 2, s/p. 2009.

DINIZ, Debora; VÉLEZ, Ana Cristina Gonzáles. Bioética feminista: a emergência da diferença. **Estudos Feministas**, v. 6, n. 2, s/p. 1998.

FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento LGBT brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana**, v. 3, p. 54-81, 2009.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de

caso. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3033-3042, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2016

FLICK, Uwe. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

GARCIA, Cíntia de Lima et al. Saúde de Minorias Sexuais do Nordeste Brasileiro: Representações, Comportamentos e Obstáculos. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 95-100, 2016. Disponível em: <goo.gl/ckzUb4 >. Acesso em 06 out. 2016.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 575-625.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRACIA, Diego. La deliberación moral: el método de la ética clínica. **Elsevier**. Espanha. 2001a. Disponível em: <goo.gl/hzy8qy> Acesso em: 12 jun. 2017.

GRACIA, Diego. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 4, p. 223-232, 2001b.

GRACIA, Diego. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 6, p. 227-233, 2003.

GRACIA, Diego. **Pensar a bioética: metas e desafios**. 1ª edição. São Paulo: Centro Universitário São Camilo; Loyola, 2010a.

GRACIA, Diego. Deliberation and consensus. **The SAGE Handbook of Health Care Ethics**, London, SAGE Publications. 2010b p. 87-97.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. O significado do cuidado da saúde nas classes populares sob a perspectiva de gênero. In: PIMENTEL, Adelma; FRANCO, Vítor (colaboradores). **Diálogos dentro da psicologia**: contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional. 1. edição. Portugal/Brasil: Aloendro (Portugal). Coeditores Universidade de Évora (Portugal); UFPA (Brasil). 2011, p. 203-218.

HARPER, Gary W.; SCHNEIDER, Margaret. Oppression and discrimination among lesbian, gay, bisexual, and transgendered people and communities: A challenge for community psychology. **American journal of community psychology**, v.1 n.31, p. 243-252, jun, 2003.

HELLMANN, Fernando; VERDI, Marta. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. In: HELLMANN, Fernando *et al.* **Bioética e saúde coletiva**: Perspectivas e desafios contemporâneos. 1. edição. Florianópolis: DIOESC - Diretoria da Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina. 2012, p. 52-64.

JESUS, Jaqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, ed. 2, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/Lyo1uJ>> Acesso em: 02 abr. 2016.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Ed.) **Les représentations sociales**. Paris: PUF, 1989, p. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith Alves-Mazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação, dez. 1993.

JUSTO, Ana Maria. **Representação social**. Rio do Sul: UNIDAVI-PROEX, 2012, 52p.

LACERDA, Marcos; PEREIRA, Cícero; CAMINO, Leôncio. Um estudo sobre as formas de preconceito contra homossexuais na perspectiva das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 165-178, 2002. Disponível em: <goo.gl/B0dRhxcontent_copy>. Acesso em: 06 out. 2016.

LIMA, Marcus Eugênio O.; VALA, Jorge. Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In: Lima Marcus, Eugênio, O.; Pereira Marcos, Emanuel (Orgs.). **Estereótipos, preconceitos e discriminação**. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA; 2004, p. 41-68.

LIMA, Rita de Cássia Gabrielli Souza. Giovanni Berlinguer: uma história de luta pela consolidação do direito à saúde. In: HELLMANN, Fernando et al. **Bioética e saúde coletiva: Perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC - Diretoria da Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina. 2012, p.18-35.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**., São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, June 2008. Disponível em: <<http://goo.gl/dR4HcY>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

MAKADON, Harvey J. Ending LGBT invisibility in health care: The first step in ensuring equitable care. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 78, n. 4. p. 220-224, 2011.

MARTINS, Eduardo de São Thiago et al. Psicanálise e homossexualidade: da apropriação à desapropriação médico-moral. **Ide** (São Paulo), São Paulo, v. 36, n. 57, p. 163-177, jun. 2014. Disponível em <<http://goo.gl/TA49Eg>>. Acesso em: 31 maio 2016.

MARTÍNEZ, Miquel Martínez. Formação para a cidadania y educación superior. **Revista Iberoamericana de Educación (OEI)**, n. 42, p. 85-102, 2006.

MANSH, Matthew; GARCIA, Gabriel; LUNN, Mitchell R. From Patients to Providers: Changing the Culture in Medicine Toward Sexual and Gender Minorities. **Academic Medicine**, v. 90, n. 5. p. 574-580, 2015.

MCINTYRE, Marjorie; MCDONALD, Carol. The limitations of partial citizenship: health care institutions underpinned with heteronormative ideals. **Advances in Nursing Science**, v. 35, n. 2, p.127-34, 2012.

MELLO, Luiz *et al.* Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 9, p. 7-28, Dec. 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/1nKvkd>> Acesso em: 7 dez. 2015.

MENIN, Maria Suzana de Stefano. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília (UnB), v. 22, n. 1, p. 43-51, 2006. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/28848>>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

MOREIRA, Michelle Araújo; GOMES, Anne Jacqueline Mendes. Representações sociais de estudantes concluintes de enfermagem sobre transexualidade. **Revista de enfermagem**, v. 6, p. 4378-4388, 2013.

MOSCHETA, Murilo dos Santos; FÉBOLE, Daniele da Silva; ANZOLIN Bárbara. Visibilidade seletiva: a influência da heterossexualidade compulsória nos cuidados em saúde de homens gays

e mulheres lésbicas e bissexuais. **Saúde & Transformação Social**, v. 7, n.3, p. 71-83, 2016.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, Serge. On social representation. In: J. P. Forgas (Org.). **Social Cognition**. London: Academic Press, 1981.

MULLER, Magnor Ido; KNAUTH, Daniela Riva. Desigualdades no SUS: o caso do atendimento às travestis é 'babado'? **Cadernos Ebape**, v. 2, p. 1-14, 2008.

NAVARRO-SWAIN, Tânia. **O Que É Lesbianismo**. Disponível em: <<http://goo.gl/Eqb4NE>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

NELSON, James Lindemann. Still Quiet After All These Years Revisiting “The Silence of the Bioethicists”. **Journal of Bioethical Inquiry**, v. 9, n. 3, p. 249–259, 2012.

NOSSA ESTRATÉGIA é resistir. **Radis**, São Paulo: Fiocruz/Ensp.v.161, fev. 2016.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2. p. 5-21, 1994.

OLIVEIRA, Fatima; FERRAZ, Thereza Campanille; FERREIRA, Livia Cristina Oliveira. Ideias feministas sobre bioética. **Estudos Feministas**, v. 9, n. 2. p. 483-511, 2001.

OLIVEIRA, Fatima. Por uma bioética não-sexista, anti-racista e libertária. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 331-347, 1995a.

OLIVEIRA, Fatima. Feminismo, luta anti-racista e bioética. **Cadernos Pagu**, v. 5. p. 73-107, 1995b.

ONTARIO HUMAN RIGHTS COMISSION. **Gender identity and gender expression**. Ontario: Queens Printer. 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/Baa0C1>> Acesso em: 01 abr. 2016.

PAULINO, Danilo Borges. **Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos(as) da estratégia saúde da família**. 2016. 142 p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Uberlândia, 2016.

PEREIRA, Cícero Roberto et al. Preconceito contra homossexuais e representações sociais da homossexualidade em seminaristas católicos e evangélicos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 73-82, Mar. 2011. Disponível em: < goo.gl/VeNkWq>. Acesso em: 06 out. 2016.

PEREIRA, Cicero Roberto et al. O papel de representações sociais sobre a natureza da homossexualidade na oposição ao casamento civil e à adoção por famílias homoafetivas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 79-89, mar. 2013. Disponível em: <goo.gl/qSHJ82>. Acesso em: 06 out. 2016.

PINTO, Nuno; MOLEIRO, Carla. As experiências dos cuidados de saúde de pessoas transexuais em Portugal: perspectivas de profissionais de saúde e utentes. **Psicologia**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 129-151, 2012. Disponível em <<http://goo.gl/zU7gZe>>. Acesso em: 3 dez. 2015.

POPE, Catherine.; MAYS, Nicholas. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. in:_____ (org). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PMF - PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Secretaria Municipal de Saúde**. Disponível em: <<http://goo.gl/KbyTyS>> Acesso em: 09 abr. 2016.

PMF - PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. **Conselho Municipal de Direitos LGBT**. Disponível em: <<https://goo.gl/9aLXQd>> Acesso em: 28 jul. 2017

PORTAL DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Florianópolis atinge 100% de cobertura da Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://goo.gl/Hnsyhz>> Acesso em: 09 abr. 2016

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**. Brasília, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC**. 2014. 182 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2014

ROGERS, João et al. Pessoas Trans na Atenção primária: análise preliminar da implantação no município de Florianópolis, 2015. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.3, p.49-58, 2016.

SANTOS, Adilson Ribeiro dos, et al. Implicações bioéticas no atendimento de saúde ao público LGBT. **Revista Bioética**, Brasília, v.

23, n. 2, p. 400-408, Aug. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/tTEval>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

SCARDUA, Anderson; SOUZA FILHO, Edson Alves de. O debate sobre a homossexualidade mediado por representações sociais: perspectivas homossexuais e heterossexuais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 482-490, 2006. Disponível em: <goo.gl/fwK8YW>. Acesso em: 06 out. 2016

SCHRAMM, Fermin Roland. Bioética da proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n.1, p. 11-23, 2008.

SEMINÁRIO SOBRE DIVERSIDADES SEXUAIS E GÊNERO NA UFSC, I – De onde estamos até onde queremos chegar, 2016, Florianópolis. **Seminário**. Universidade Federal de Santa Catarina.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLER, Mirelle. O movimento LGBT e a bioética crítica de inspiração feminista: convergências e potencialidades. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.7, n.3, p.1-10, 2016

SNELGROVE, John W. et al. Completely out-at-sea” with “two-gender medicine”: A qualitative analysis of physician-side barriers to providing healthcare for transgender patients. **BMC health services research**, v.12, n.1, 2012.

SOUZA, Barbara Cabral de et al. Famílias homoafetivas na estratégia de saúde da Família: uma reflexão bioética. **Revista de Atenção à Saúde** (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde), v. 12, n.39, p. 66-73. 2014.

TOLEDO, Livia Gonsalves. Considerações Narrativas sobre as vivências afetivo-sexuais entre lésbicas e suas relações com os mitos e estereótipos a respeito da lesbianidade. Trabalho apresentado em anais

de evento. **XIV Encontro Nacional da Abrapso. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro 2007.**

WAHLERT, Lance; FIESTER, Autumn. Questioning Scrutiny: bioethics, sexuality, and gender identity. **Journal of bioethical inquiry**, v. 9, n. 3, 243-248, 2012.

WAHLERT, Lance; FIESTER, Autumn. A false sense of security: lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) surrogate health care decision-making rights. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 26, n. 6, p. 802-804. nov. 2013.

WPATH – The World Professional Association for Transgender Health. Board of Directors. **Depsycho-pathologisation statement released.** May 26, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/X6j42D>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Diversifica UFSC.** Combate a práticas sexistas, homo-lesbo-transfóbicas, racistas, xenofóbicas e capacitistas nos trotes universitários. Disponível em: <<http://diversifica.ufsc.br/>> Acesso em: 23 jun. 2016a.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Instituto de Estudos de Gênero (IEG).** Disponível em: <<http://www.ieg.ufsc.br/>> Acesso em: 23 jun. 2016b.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades (NIGS).** Disponível em: < <http://nigs.ufsc.br/>> Acesso em: 23 jun. 2016c.

UFSC - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Margens, modos de vida, família e relações de gênero.** Disponível em: <<http://margens.ufsc.br/projetos/>> Acesso em: 27 jun. 2016d.

VENTURA, Miriam; SCHRAMM, Fermin Roland. Limites e possibilidades do exercício da autonomia nas práticas terapêuticas de modificação corporal e alteração da identidade sexual. **Physis (Rio J.)**, v.19, n.1, p. 65-93. 2009.

1ª CARTA DE ENFRENTAMENTO ÀS FOBIAS DE GÊNERO NA SAÚDE. **2ª Semana de Combate às Fobias de Gênero na Saúde**. Centro de Ciências Humanas – CCS. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: < goo.gl/ACU4BT >. Acesso em: 22 jun 2017.

APÊNDICE A - Roteiro para entrevista

- Quais as 3 primeiras palavras/sensações vem ao seu pensamento quando se fala em população LGBT? O que estas palavras/sensações representam para você?
- O que você pensa sobre a população LGBT?
- O que acha que os seus colegas de trabalho pensam sobre a população LGBT?
- O que acha que os profissionais de saúde em geral pensam sobre a população LGBT?
- A população LGBT procura o serviço de saúde em que você atua atualmente?
- Como você fica sabendo da orientação sexual ou da identidade de gênero? Costuma perguntar?
- Você já atendeu/participou ou atualmente atende/participa do atendimento de um paciente LGBT?
- Como é este atendimento?
- Como é para você atender uma pessoa LGBT? Fale sobre sua experiência; Há alguma diferença entre cuidar de um paciente hetero e um paciente LGBT? Que diferenças são essas?
- Como você percebe os seus companheiros de equipe quando estão atendendo população LGBT?
- Como acha que deveria ser este atendimento?
- Existem procedimentos/conduitas/orientações específicas para o atendimento da população LGBT nesta unidade de saúde? Você costuma executar estas condutas?
- Você conhece profissionais LGBT no seu trabalho? Qual a sua proximidade com ela(e)? De alguma maneira você ser um profissional LGBT influencia no atendimento que realiza? Como?
- Lembra de alguma situação marcante vivenciada por você ou algum dos profissionais que atendem a população LGBT que possa compartilhar?
- Você gostaria de acrescentar alguma informação que considere relevante para este estudo?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a), você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa sobre o atendimento à saúde da população LGBT. Esta pesquisa está associada ao projeto de mestrado de **Ana Luísa Remor da Silva**, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Cujo título do estudo é **ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA**. Este projeto possui como pergunta de pesquisa: Como as Representações Sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde, sobre a população LGBT, influenciam o atendimento a esta população?

É importante destacar que esta pesquisa não tem por objetivo julgar condutas profissionais e nem pretende abordar aspectos éticos no sentido estrito da identificação de “infrações éticas”. Sinta-se absolutamente à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa. Ao decidir deixar de participar da pesquisa você não terá qualquer prejuízo no restante das atividades.

Entende-se que ao estudar e compreender as questões éticas no atendimento da população LGBT, possa se favorecer a elaboração de estratégias para uma melhor abordagem dos trabalhadores, sensibilizando-os para o atendimento humanizado, estimulando a autocrítica e a reflexão ética sobre sua atuação profissional. Desta forma será possível fazer um estudo aprofundado sobre o tema e identificar diferentes perspectivas que possam auxiliar neste processo de atuação multiprofissional.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação em pesquisa. Caso aceite participar desta pesquisa, você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Se alguma despesa extraordinária associada à pesquisa vier a ocorrer, você será ressarcido nos termos da lei. A participação ou a recusa nessa pesquisa não acarretará ao participante quaisquer bônus ou ônus em sua situação laboral. Se concordar em participar desta pesquisa duas vias deste documento deverão ser rubricadas e assinadas por você e pela pesquisadora responsável. Uma das vias é do participante, guarde-a cuidadosamente, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A identidade dos informantes será mantida em absoluto sigilo, sendo as pesquisadoras as únicas a ter acesso aos dados, os quais serão

arquivados sob responsabilidade das pesquisadoras e eliminados após cinco anos. Porém, sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências seriam necessariamente tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, os quais mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Como participantes serão convidados trabalhadores da Atenção Básica em Saúde de dois centros de saúde da cidade de Florianópolis. A coleta de dados será em formato de entrevista com auxílio de um roteiro semiestruturado, onde serão perguntadas questões específicas referentes ao tema, sem repostas certas ou erradas ou juízos de valores, com duração prevista de aproximadamente 40 minutos. As entrevistas serão gravadas em áudio para permitir posteriormente sua transcrição literal.

Por ser uma pesquisa de caráter qualitativo, as perguntas que lhe serão feitas buscarão provocar reflexões a respeito da sua prática assistencial, tendo como benefício um espaço para discussão e estímulo a repensar seu cotidiano. Os resultados da pesquisa também trarão benefícios indiretos aos participantes ao contribuir para o debate ético na área da saúde, possibilitando o aprimoramento da reflexão crítica sobre a prática dos profissionais no SUS.

Os riscos referentes a sua participação nesta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos ou desconfortos ao expor suas vivências referentes a sua rotina e processo de trabalho. Com intuito de minimizar esses riscos a postura da pesquisadora durante a entrevista será acolhedora, contribuindo para um ambiente seguro. Caso sinta algum tipo de desconforto no decorrer da entrevista, e se sinta incapacitado de dar continuidade, a pesquisadora compromete-se a interromper a entrevista e oferecer suporte psicológico necessário, assim como o participante tem total liberdade de recusar-se a dar continuidade. Durante os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por uma das pesquisadoras, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso.

Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente substanciada. A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone ou e-mail abaixo. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC por meio das informações abaixo.

Pesquisadora principal	Pesquisadora responsável	Comitê de Ética em Pesquisa
<u>Ana Luísa Remor da Silva</u> Endereço Institucional: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário - Trindade CEP: 88040-900 - Florianópolis - SC. E-mail: ana_remor@hotmail.com Telefone: (██████████)	<u>Mirelle Finkler</u> Endereço Institucional: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário - Trindade CEP: 88040-900 - Florianópolis - SC. E-mail: mirelle.finkler@ufsc.br Telefone: (██████████)	<u>CEPSH/UFSC</u> Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina. Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP SH. Reitoria II. R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, 4º andar, sala 401. Trindade. CEP: 88040-400 - Florianópolis, SC. E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br Telefone: (48) 3721-6094.

Assinatura das pesquisadoras:

CONSENTIMENTODEPARTICIPAÇÃO

Eu, _____, RG _____, li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Assinatura do(a) participante: _____

Telefone para contato: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2016.

APÊNDICE C – Lista de códigos

Code-Filter: All

—
 HU: dissertação UH 2 10 05 17
 File: [C:\Users\Ana Luisa\Documents\Scientific Software\ATLASTi\Text...\dissertação UH 2 10 05 17.hpr7]
 Edited by: Super
 Date/Time: 2017-06-11 00:08:28

- | | |
|---|---|
| 1. 3 primeiras palavras para LGBT | 37. homofobia |
| 2. aceitação | 38. incomodo |
| 3. acessibilidade | 39. informação |
| 4. agressividade | 40. iniquidade |
| 5. alegria/ superficialidades | 41. insegurança |
| 6. ambulatório trans | 42. integralidade |
| 7. atendimento | 43. intervenção |
| 8. autocrítica ou reflexão | 44. invisibilidade |
| 9. capacitação profissional | 45. julgamento |
| 10. cishnormatividade | 46. marginalização/exclusão |
| 11. compaixão | 47. mídia |
| 12. comportamento da equipe | 48. mínimo |
| 13. comportamentos de risco | 49. moral |
| 14. comum | 50. moral biomédica |
| 15. concepção orientação sexual ou identidade de gênero | 51. moral laica |
| 16. conduta específica | 52. moral religiosa |
| 17. confiança no profissional | 53. mudança de visão |
| 18. constrangimento | 54. naturalização |
| 19. contato | 55. não reconhecimento identidade de gênero trans |
| 20. contradição | 56. normal |
| 21. controverso | 57. padrões sociais |
| 22. coragem | 58. papel do profissional |
| 23. cuidar do desconhecido | 59. pergunta sobre sexualidade |
| 24. depreciação | 60. preconceito |
| 25. despreparo do profissional | 61. preocupação com discurso |
| 26. dilema | 62. privilegio |
| 27. direito de existir | 63. promiscuidade |
| 28. direitos reduzidos | 64. prostituição |
| 29. discriminação | 65. psicologia, atd |
| 30. discriminação positiva | 66. receio do sistema |
| 31. disponibilidade do trabalhador | 67. respeito |
| 32. doenças sexualmente transmissíveis | 68. sistema Info |
| 33. empatia | 69. transexualidade |
| 34. estereótipo | 70. transferência de responsabilidade |
| 35. falta de conhecimento do profissional | 71. uso do nome social |
| 36. heteronormatividade | 72. violência |
| | 73. visão binária de gênero |
| | 74. visibilidade LGBT |

ANEXO A – Declaração de ciência e autorização da instituição

Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 11 de Julho de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE BIOÉTICA", do pesquisador responsável *Ana Luísa Remor da Silva*. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando **seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH** e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matrícula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP SH

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENDIMENTO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA: UMA

Pesquisador: Mirelle Finkler

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57917516.0.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.723.749

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFSC de Ana Luísa Remor da Silva sob orientação da Profª Drª Mirelle Finkler.

A luta pelos direitos humanos da população LGBT tem como uma de suas pautas o reconhecimento de que a discriminação interfere diretamente na qualidade de todas as esferas da vida, dentre elas, a da saúde.

Diversos estudos apontam que a discriminação e o preconceito sofridos dificultam o acesso à saúde, influenciando na qualidade do atendimento, na relação profissional-paciente, nos acessos aos serviços, tratamentos, dentre outros.

Contribui para este cenário a heteronormatividade e a homofobia, que acabam por reforçar a invisibilidade desses grupos, principalmente da população trans, de lésbicas e de mulheres bissexuais. A importância de um olhar ético sobre esta temática é essencial, a fim de ponderar e refletir sobre os valores da moral vigente, ainda de cunho religioso e conservador. Desta forma tem-se como pergunta de pesquisa: Como as Representações Sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à saúde, sobre a população LGBT, influenciam o atendimento desta população? Para tal será realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando-se o referencial teórico

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-400

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.723.749

das Representações Sociais de Serge Moscovici (1971).

Como participantes serão convidados trabalhadores da ABS de um município de médio porte do sul do Brasil. Para coleta de dados será realizada uma entrevista semiestruturada com tantos trabalhadores quanto sejam necessários para se obter a repetição dos dados. Para análise de dados será utilizado a Análise Temática de Conteúdo proposta por Minayo (2008), com o auxílio do software Atlas ti. Ao possibilitar a compreensão sobre tais questões, espera-se que com este estudo possa-se favorecer a elaboração de estratégias para uma melhor abordagem dos trabalhadores quanto ao atendimento da população LGBT, sensibilizando-os para o atendimento humanizado, estimulando a autocritica e a reflexão ética sobre sua atuação profissional.

População participantes: 20 trabalhadores da Atenção Básica do Município de Florianópolis.

Critério de Inclusão:

Serão participantes desta pesquisa trabalhadores da área da saúde, com todos os níveis de formação: trabalhadores da recepção, agentes comunitários de saúde, auxiliares/técnicos (enfermagem e saúde bucal), médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Os participantes selecionados serão aqueles que compõe a equipe que atua todos os dias no mesmo centro de saúde, trabalhando há no mínimo um ano. Procurar-se-ão trabalhadores com contato frequente com a população de sua referência da ABS. A escolha dos participantes utilizará como critério aqueles que possuam maior probabilidade de atuar com a população trans.

Critério de Exclusão:

Não entrarão como participantes da pesquisa os profissionais do NASF

Objetivo da Pesquisa:

Compreender como as representações sociais dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, sobre a população LGBT, podem influenciar o atendimento desta população.

Objetivos Específicos

- Conhecer as Representações Sociais de trabalhadores da ABS em relação à população LGBT;
- Identificar possíveis barreiras ao acesso da população LGBT aos serviços básicos de saúde;
- Analisar questões éticas relacionadas ao atendimento de saúde da população LGBT.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.723.749

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos referentes a sua participação nesta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos ou desconfortos ao expor suas vivências referentes a sua rotina e processo de trabalho, assim como há a possibilidade deste se deparar com suas dificuldades e limitações, o que pode gerar diferentes emoções.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa trarão benefícios indiretos aos sujeitos participantes ao contribuir para o debate ético na área da saúde, possibilitando o aprimoramento da reflexão crítica sobre a prática dos profissionais no SUS. Assim como para os participantes, o espaço da entrevista, pode contribuir para discussão, possibilitando que o profissional repense suas atitudes diárias.

Mesmo sem a explicitação da pesquisadora sobre como serão minimizados os riscos, acredita-se que pela sua formação isso será incluído no plano de pesquisa como recomendado pelo CEPESH.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Possui relevância acadêmica e no âmbito do SUS. Hoje o MS possui desde 2011, o quando instituiu a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais), que reconhece a discriminação e o preconceito por orientação sexual e identidade de gênero como determinantes no adoecimento dessa população. O Plano Operativo dessa política consiste em expandir o acesso da população LGBT ao SUS, estabelecendo diretrizes e estratégias para execução de ações pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de saúde dos estados e municípios. Nessa perspectiva, se insere nesse plano a qualificação do atendimento a gays e homens bissexuais, com o respeito à orientação sexual e atenção às especificidades em saúde dessa população nos serviços de atenção básica, média e alta complexidade, bem como a inserção de gays e bissexuais nas ações de atenção à saúde do homem. (Fonte: portalsaude.saude.gov.br)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO - assinada pela coordenadora do PPGSC;

CRONOGRAMA - refeito e com início para 3/10/2016.

Roteiro de entrevista apresentado.

TCLE - revisado e e reapresentado em carta resposta estando de acordo com a Rers.466/12

ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO - apresentada e assina pela SMS de Florianópolis.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.723.749

Recomendações:

Solicita-se descrever como essas possíveis emoções geradas diante da entrevista será minimizada pelo pesquisador, como já solicitado no parecer anterior, espera-se que sejam minimizados estes riscos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis a execução da presente proposta de pesquisa sendo que se houver qualquer alteração na esta deve ser comunicada a este CEP/SH em forma de emenda e novamente aprovada.

Entendemos que o pesquisador se comprometerá com os ditames éticos nos intuito de preservar o participantes em todo o percurso da pesquisa até seus resultados e publicações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_759410.pdf	25/08/2016 10:39:44		Aceito
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA.pdf	25/08/2016 10:38:31	Ana Luísa Remor da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2016 10:37:37	Ana Luísa Remor da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/08/2016 10:36:45	Ana Luísa Remor da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	15/07/2016 16:31:32	Ana Luísa Remor da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_PMF.pdf	13/07/2016 20:50:18	Ana Luísa Remor da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.723.749

FLORIANOPOLIS, 12 de Setembro de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br