

**CUIDADO INTEGRAL À COMUNIDADE LGBT: ATRAVÉS DO JOGO
TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS
INTEGRAL CARE TO THE LGBT COMMUNITY: THROUGH THE GAME CARE
TRAJECTORIES**

Susane Lindinalva da Silva

Darlindo Ferreira de Lima

Mariana Boulitreau Siqueira Campos Barros

Resumo

Objetivo: Compreender a partir da análise das trajetórias assistenciais dos usuários LGBT, a forma como estão configurados os cuidados e a atenção integral em saúde da comunidade LGBT. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa realizada com três sujeitos LGBT usuários do Sistema Único de Saúde no município de Vitória de Santo Antão-Pernambuco. Como instrumento facilitador, utilizou-se a estratégia de um jogo denominado “Trajetórias Assistenciais”. Os dados foram organizados segundo Bardin e analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo. **Resultados:** Participaram do estudo dois homens: um gay e um bissexual, e uma lésbica. Ao realizar a pergunta norteadora sobre onde estes usuários recebiam cuidados, foram identificadas **quatro** categorias temáticas: O itinerário em busca da atenção integral: os “nós” críticos da Rede de Atenção à Saúde; Contradições do acolhimento e cuidado integral à saúde: tensões, estigmas e preconceitos; e a perspectiva do usuário e necessidade de afirm[ação] da PNSI-LGBT, e uma categoria pela contribuição do estudo: Construindo o cuidado Integral partindo de novos caminhos dentro do SUS. **Conclusões:** As lacunas ditas pelos usuários LGBT no recebimento de cuidados em saúde foram: de não receberem cuidados de acordo com suas necessidades na UBS; de sofrerem preconceitos e terem tratamento diferenciado nos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas, Integralidade, Homossexualidade, Jogos.

Abstract

Objective: To understand from the analysis of the trajectories of care of users LGBT, how are configured the care and comprehensive care in health of the LGBT community. **Method:** This is a descriptive research with a qualitative approach carried out with three subject LGBT members of the Unified Health System in the city of Vitória de Santo Antão and Pernambuco. As a facilitator, we used the strategy of a game called "CLINICIANS". The data were organized according to Bardin and analyzed under the perspective of content analysis. **Results:** The study included two men: a gay and a bisexual, and a lesbian. To achieve the guiding question about where these users were receiving care, we identified four themes: the itinerary in search of integral care: the "we" critical of the network of health care; Contradictions of acceptance and integral care to health: tension, stigmas and prejudices; and the perspective of the user and need to affirm[share] of PNSI-LGBT, and a category for the contribution of the study: Building the comprehensive care based on new paths within the SUS. **Conclusions:** The users showed an understanding of how the RAS is prepared. This made showing with some ease what the possible gaps in receiving health care, such as for example: not receiving specific care in the UBS; to suffer prejudice and have differentiated treatment in health services; they are not welcomed in primary health care and its main entrance door being the center of testing and counseling.

KEYWORDS: Public Policies, Integrality in Health, Homosexuality, Gambling.

Introdução

Há cerca de duas décadas que a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) vivencia a escassez de políticas públicas específicas, o estigma, a violência e com estes o fortalecimento de preconceitos na área da saúde. (ALBUQUERQUE, et al., 2013).

Segundo Melo (2014) o Brasil lidera o *ranking* dos países onde mais mata cidadãos LGBT, um a cada 28 horas. No ano de 2015, 318 LGBT foram assassinados por crimes de ódio, de acordo com o Grupo Gay da Bahia (GGB), ONG responsável por levantar esses números. O Brasil lidera o *ranking* de assassinato de travestis e transexuais, de acordo com a ONG Internacional Transgender Europe. De janeiro de 2008 a dezembro 2015, foram 802. Apenas no ano de 2012, publicado pela Secretaria de Direitos Humanos, registros do relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil revelaram 3.084 casos de denúncias de violações de direitos e violência física contra a população LGBT, envolvendo 4.851 vítimas.

O enfrentamento da violência e das questões ligadas à homossexualidade e suas especificidades têm relação direta com a saúde, por adentrarem o campo de reivindicações de direitos, emergindo, recentemente no Brasil, apenas na virada do século XX para o XXI. Portanto, a necessidade de políticas públicas em saúde de cunho integral e equânimes parte do princípio básico constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado (BARBOSA, FACCHINI, 2009;). Na lei 8080/90, mais precisamente no artigo 196 relata a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas públicas e sociais, incluindo os diferentes grupos ou segmentos sociais (Brasil, 1988).

A atenção integral seria, portanto, fundamental para o cuidado de qualquer sujeito, considerando que a integralidade na assistência possibilita transcender a racionalidade estritamente biomédica, e caminhar na compreensão do processo de saúde-doença em sua multidimensionalidade, valorizando as singularidades de cada sujeito demandante de ações de saúde (DA SILVA OLIVEIRA, 2011).

Na busca de um atendimento integral, a política nacional de atenção integral a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais – LGBT foi antecedida pelas reivindicações dos movimentos sociais ao Ministério da Saúde, o que culminou numa parceria ao combate à

AIDS no final da década de 90. As ações incluíam a disponibilização de assessoria jurídica, atuação no fortalecimento dos serviços, campanhas de comunicação e ações para a visibilidade dessa população (Brasil, 2008).

Com base nestes fatores, percebe-se a necessidade de situar e acolher estes usuários, que por muitas vezes dizem-se “perdidos” dentro do seu próprio território de saúde. Sendo este reflexo da falta de vínculo, responsabilização dos profissionais e atenção integral. O usuário não tem obrigação de conhecer a rede de serviços em saúde que estão dispostas em seu território, esta se faz atribuição do profissional, em apresentar e direcionar o usuário dentro da rede (CARVALHO, 2004).

Dessa forma, considerando a necessidade de políticas públicas efetivas e atenção integral à saúde da comunidade LGBT, é imprescindível a organização e consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nesse contexto, esse estudo tem por objetivo compreender a partir da análise das trajetórias assistenciais dos usuários LGBT, a forma como estão configurados os cuidados na perspectiva dos usuários e a atenção integral em saúde da comunidade LGBT, no município de Vitória de Santo Antão.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, realizada com três colaboradores pertencentes à comunidade LGBT da cidade de Vitória de Santo Antão – PE usuários do SUS, no período de agosto a dezembro de 2016. Foram realizadas duas visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma localizada na zona urbana nos bairros Bela Vista e Jardim Ipiranga, orientada pelas agentes comunitárias e enfermeiras obteve-se o contato e endereço dos usuários. Foi realizado primeiro contato por meio de ligações telefônicas, através da técnica de “cadeia de informantes” ou *snowball*, segundo qual cada participante da pesquisa indica contatos de outros possíveis colaboradores.

A cadeia de informantes é uma amostragem não probabilística, onde os colaboradores da pesquisa indicam gradativamente, outros colaboradores, até que seja atingido um ponto de saturação das informações encontradas. Contudo, configura-se uma espécie de rede de contatos. A utilização da técnica *snowball* permite convidar para a pesquisa, pessoas que exerceram ou exercem papel de liderança, ou que apresentam com o reconhecimento de seus pares e da comunidade em que vivem, sob a perspectiva de visibilidade. A aplicação da

técnica permite captar e efetuar um processo reflexivo sobre as práticas sociais vivenciadas. (BIERNACKI, WALDORF, 1981).

Inicialmente cinco colaboradores foram contatados. Mas atendendo aos critérios de se identificar enquanto sujeito LGBT, residir em Vitória de Santo Antão- PE, ter idade igual ou superior a 18 anos, e ter utilizado os serviços do SUS nos últimos 12 meses, foram três. Foram excluídos da pesquisa os usuários que possuíam plano de saúde privado, e os indivíduos de zona descoberta pela Estratégia de Saúde da Família.

Os colaboradores foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os discursos foram gravados em aparelho de mídia digital, um *smartphone*, com duração média de duas horas cada entrevista, totalizando em aproximadamente 6 horas.

Para a coleta de dados, realizou-se a aplicação do jogo com perguntas norteadoras, sobre questões acerca das trajetórias social, familiar e cultural, além de perguntas específicas sobre a compreensão do usuário sobre saúde. A coleta de dados foi baseada nas narrativas destes usuários mediante a aplicação do jogo “*Trajelórias Assistenciais*”. O jogo, ainda em fase experimental, foi elaborado pelos pesquisadores e tem o formato de tabuleiro. Este jogo foi utilizado como instrumento de coleta de dados de forma lúdica e dinamizadora, dentro da perspectiva ampla da Rede de Atenção à Saúde (RAS), procurando evidenciar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde nos três níveis de atenção. Os serviços foram identificados pelo layout correspondentes e distribuídos no tabuleiro conforme a RAS. Conforme a portaria nº 4.279, de 30/12/2010, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A logomarca da Estratégia de Saúde da Família é centralizado para estimular e atender à Portaria 2488/2011 o qual determina que a atenção primária seja coordenadora do cuidado e ordenadora das redes, sendo considerada a porta de entrada no SUS (Figura 1).

sua fala, quando o analista busca categorizar as unidades de texto que se replicam, inferindo uma expressão que as represente ou qualifique.

A fim de garantir o anonimato das participantes, os nomes foram substituídos. A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e gerado CAAE: 59407516.3.0000.5208 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco.

Resultados e discussão

Os resultados encontrados a partir da análise de conteúdo, e a exploração do material, identificaram dimensões temáticas predominantes que foram estruturadas em quatro categorias. Sendo elas: *O itinerário em busca da atenção integral: os “nós” críticos da Rede de Atenção à Saúde; Contradições do acolhimento e cuidado integral à saúde: tensões, estigmas e preconceitos; A perspectiva do usuário e necessidade de afirm[ação] da PNSI-LGBT e Construindo o cuidado Integral partindo de novos caminhos dentro do SUS.*

O itinerário em busca da atenção integral: os “nós” críticos da Rede de Atenção à Saúde

Inicialmente, ao solicitar aos colaboradores que indicassem no jogo qual o caminho que percorriam para acessar os dispositivos e os cuidados em saúde, foi perceptível no tabuleiro que esses se distanciavam das Unidades Básicas de Saúde (UBS) adscritas, pois os serviços de primeira escolha eram sempre os serviços de Pronto Atendimento como, por exemplo: a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital João Murilo, os quais atendem média e alta complexidade.

Foi também percebido o ir e vir no mesmo serviço sem se dar por satisfeito ou alcançar resolução para seus problemas. As questões de acesso mencionadas reforçam a impressão que ainda existe a expectativa da população por uma busca imediata de “soluções” para os seus agravos à saúde. Essa perspectiva parece ser determinante para reforçar o modelo biomédico ainda hegemônico na saúde, e é possível identificar estas colocações nas seguintes falas:

“Eu fui algumas vezes às UPAS, (...), mas eu sentia... sei lá, a demora no atendimento.” Fred

“Vê, eu fiz uma caminhada grande: Sai de casa, fui direto no Hospital João Murilo...” “...ai chegando o médico falou aqui não é desse atendimento não, você tem que ir no ambulatório”

*“(...) ele queria que eu voltasse pro posto[UBS] e daqui do posto, eu conseguir um encaminhamento pra Recife...” **RAINHA***

*“ “Moral da história”: ele não me deu encaminhamento nenhum e mais uma vez eu tendo que ficar me deslocando, acabei desistindo.” **RAINHA***

PUCCINI (2008) demonstra que a elevada e crescente demanda dos serviços de urgência se configura como um “nó” para a rede de atenção a saúde. Porém, ressalta-se que parte da superlotação é passível de atendimento na APS. Destaca-se a dimensão ideológica, visto que os resultados desta pesquisa revelaram perspectivas limitadas quanto ao paradigma sanitário e contradições entre dois modelos em um mesmo contexto, em que sobressaem as impressões do modelo biomédico. Entende-se como modelo biomédico o enfoque não apenas na cura e tratamento das doenças, uma atenção por episódios, ou seja, fragmentada, centrada na figura do médico, no hospital e na alta tecnologia e especialização. (AZEVEDO e COSTA, 2010)

As afirmações dos colaboradores, no que se refere aos seus itinerários permitem compreender que é preciso considerar qual a concepção desses sobre a conformação da rede de atenção à saúde, uma vez que a primeira busca é pela UPA ou pelo Hospital, substituindo então os serviços da atenção primária, motivados pela lógica do imediatismo que acentua a concepção de saúde reforçando a lógica assistencialista.

Contradições do acolhimento e cuidado integral à saúde: tensões, estigmas e preconceitos:

Quando questionados durante o seu itinerário quando em situação de jogo se a UBS não seria mais acessível, facilitando assim seus cuidados e também como eram acolhidos naquele serviço, ficou compreensível que os profissionais que estão na APS ainda reproduzem preconceitos que contribuem no afastamento dessa população da UBS. É importante ilustrar que as formas pelas quais o preconceito e estigmatização se expressam e afetam a garantia do cuidado à saúde. Interações e formas distintas de cuidado limitam e fragmentam o cuidado dessa população tendo varias implicações, uma delas, por exemplo, é a maneira como o

acolhimento se apresentou a partir de duas problemáticas: uma sobre como o profissional de saúde está distante das necessidades do grupo; e outra pela existência de discriminação e preconceito institucional revelado nas falas como pontos desafiadores para a garantia do acesso à saúde.

“(...) eu tenho 34 anos e nunca fiz um exame de colo de útero, porque quando a enfermeira pergunta se sou heterossexual ou homo, depois que respondo, ela só pergunta como que está minha vida sexual e nem toca em mim.” Mohana

“Não é só falar de camisinha não, tem que falar de homofobia. Porque a gente morre por causa do preconceito, estamos no século vinte e um. É meio que inadmissível, que ainda haja preconceito, diferença por conta que eu sou gay, eu não posso ser tratado diferente...”

Rainha

“Eu me senti um monstro. Como se eu tivesse que esconder afeto dentro de um local de acolhimento. E lá tem um cartaz bem grande dizendo que todos tem o mesmo direito de acesso à saúde e que homofobia é crime. Eu não entendi! Existe um constrangimento coletivo no ambiente, que você sente vontade de nunca mais sair de casa.” Mohana

Lima, Da Silva e Dantas (2009), reuniram dados que corroboram com a importância da problematização realizada neste estudo sobre os impactos do preconceito e estigma na saúde dos indivíduos LGBT, principalmente quando afirmam que o preconceito ainda é um marco severo velado na assistência e na saúde desta população.

Goffman (1982), traz uma reflexão sobre essa forma de tratar os sujeitos de maneira diferente partindo de classificações e homogeneizações nomeando-a de Estigma, pois indica que o estigma significa uma identidade social, isto é, uma marca posta de uma maneira que define previamente os atributos de quem a carrega.

No que se refere ao nosso estudo, compreendemos, assim, a necessidade de estender os nossos horizontes para iniciar a discussão sobre os impasses e a garantia de direitos à saúde dos usuários LGBT, facilitando a identificação das lacunas da assistência. Os dados demonstram que essa população necessita ser visibilizada para que possa ser acolhida igualmente selando o compromisso dos profissionais da saúde com a universalidade, com a integralidade, com a equidade e com a dignidade que pertence à população LGBT.

Ainda em face sobre os preconceitos e estigmas colocados pelos participantes desta pesquisa, outros autores (FACCHINI; BARBOSA, 2009, p.291-300) demonstram também que existe uma resistência da população LGBT em procurar os serviços de saúde, denunciando o contexto discriminatório existente, motivado por uma heteronormatividade presumida pelos profissionais de saúde evidenciando a falta de qualificação e o preconceito para poder atender estes usuários.

Segundo Campos (2016) a heteronormatividade é a crença construída socialmente de que há apenas dois gêneros, e destes decorrem características de feminilidade e masculinidade quando, por sua vez, desempenham papéis pré-determinados, já específicos de acordo com seu gênero, distintos e complementares, em que cada qual deve corresponder a certas características como a aparência e comportamento para ser considerado ‘normal’, por exemplo, a orientação sexual (presumida heterossexual) para (o dito) ‘sexo oposto’ e a expectativa de que o gênero psíquico deve corresponder ao físico. Deixando claro, assim, seu caráter recriminador.

A perspectiva do usuário e necessidade de afirm[ação] da PNSI-LGBT:

Ao se interrogar sobre as especificidades da saúde LGBT, foi possível compreender que todos os entrevistados focaram na dicotomia: entre ter acesso ao serviço e, por outro lado, este não seguir o que preconiza a PNSI-LGBT. Uma vez que, apontaram de acordo com suas próprias experiências a necessidade de afirmação da política nos estabelecimentos de saúde, como também como estão organizados os serviços de saúde no município sinalizando possíveis lacunas e soluções para reduzir a sua própria inacessibilidade.

“Precisamos de palestras específicas pra coisas que acontecem com a gente LGBT... até pra jovens mesmo, porque eu acredito que essa nossa sociedade está preparada pra dar essas informações sim.” Rainha.

“Eu percebo uma resistência no posto (UBS) por não aplicar cuidados específicos.” “A gente morre muito de AIDS, a gente está exposto, como se fosse cinco vezes mais.” Rainha

“A gente, lésbica, por exemplo, quando é mais “masculina”, não tem direito a fazer papanicolau...” “... as rodas para mulheres que acontecem na minha unidade precisam ser pra mulheres que transam com homens, mas também com outras mulheres.”... “Aqui em Vitória a gente precisa da política, na verdade, precisa que ela aconteça” Mohana

A partir de relatos como esses podemos compreender que a escassa procura por cuidados em saúde parece se dever, dentre outras coisas, à discriminação sofrida, a inaptidão dos profissionais para lidar com as demandas específicas desse grupo populacional, bem como também, a partir do peso do estigma, sua dificuldade em revelar sua identidade de gênero e/ou orientação sexual aos profissionais de saúde. Como pode ser percebido na fala de uma colaborada: *“A gente, lésbica, por exemplo, quando é mais “masculina”, não tem direito a fazer papanicolau”* percebendo que a maneira como ela se veste, ou se apresenta, impossibilita que ela seja examinada. (CARVALHO; PHILIPPI; 2012, p. 89)

Lionço (2009, p.19), afirma no sentido que o possível desconhecimento da Rede de Atenção à Saúde e das políticas públicas são uma barreira para o acesso dessa população a um serviço de saúde que atenda de forma integral. Porém, o desconhecimento não foi percebido nesta pesquisa, fez-se claro a partir dos discursos a necessidade da inserção e afirmação da PNSI-LGBT, justamente para que seja possível desconstruir o paradigma da heteronormatividade, tornando-se uma medida fundamental para evidenciar as mais sutis formas de violências que a comunidade LGBT é submetida dentro e fora dos espaços de saúde, como também garantir a integralidade na atenção em saúde desta população.

Construindo o cuidado Integral partindo de novos caminhos dentro do SUS

Durante a coleta de dados os participantes da pesquisa relataram, de maneira espontânea, como passaram a reconhecer o seu território em saúde. Demonstrando de alguma forma o empoderamento sobre os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde, percebendo a Atenção Primária à Saúde como principal porta de entrada, reconhecendo seus atributos e funções, a partir do jogo “trajetórias assistenciais”:

“... o jogo me ajuda muito a ver de cima como eu me deslocava pra tão longe e compreender cada um desses dispositivos que são todos do SUS, e que as pessoas da saúde estão aqui pra cuidar de mim, eu não preciso ir a um hospital pra passar horas na fila. Obrigada por isso.”

Fred

“...deu pra aprender muitas coisas que eu não sabia. A respeito do CAPS, Melhor em Casa, as coisas que o posto [UBS] pode resolver.” **Rainha**

“Eu não tenho como ser militante da causa, mas eu tenho como ser ativista. O SUS é incrível porque ele possibilita que a gente seja cuidada por uma política específica, imagina, em cada

dispositivo desse, nós da comunidade LGBT podemos estar inseridos desde o posto [UBS] até a academia da saúde. Isso não é fantástico?”

Mohana

Os resultados deste estudo contrapõem os achados de Paulino (2016) onde ele apresenta dados que segundo profissionais da Estratégia de Saúde da Família, além de denominar os usuários LGBT como “qualquer outro”, eles não acessam a unidade de saúde da família por não quererem. Demonstrando que estes profissionais não reconhecem as necessidades dessa população e conseqüentemente, não sabem lidar com suas especificidades.

Nesse sentido, Lima et al. (2016) apresenta a importância de pensar que os cuidados à saúde LGBT devem partir desde a Atenção Primária, composta pela Estratégia de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, tendo como atribuição principal ser a porta de entrada preferencial para as demandas mais específicas e abrangentes, desde o processo transsexualizador até as demais demandas de saúde da população LGBT. Paralelo a isso, neste mesmo estudo, os autores afirmam que muitas vezes o acesso dos usuários LGBT aos serviços de saúde inicia-se quase que exclusivamente nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou nos serviços de emergência hospitalar, estes achados corroboram com relatos extraídos durante esta pesquisa.

Considerações finais

Esta pesquisa, realizada sob a perspectiva da Análise de conteúdo, cujo objetivo foi identificar e descrever a forma como são percebidos os cuidados e a atenção integral em saúde da comunidade LGBT, e quais as experiências desta população sob a perspectiva das trajetórias assistenciais demonstrou que estes usuários apresentaram uma compreensão sobre como a RAS está disposta. Isto possibilitou que revelassem com certa facilidade quais as possíveis lacunas no recebimento dos cuidados em saúde, como por exemplo: de não receberem cuidados específicos na UBS; de sofrerem preconceitos e terem tratamento diferenciado nos serviços de saúde; de não serem acolhidos na atenção primária à saúde e de sua principal porta de entrada ser o

centro de testagem e aconselhamento, embora os usuários tenham demonstrado grande satisfação com o serviço, este se apresenta apenas com ações verticais para a prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis.

Foi possível também perceber que demonstraram como é agressiva a representação da sociedade dentro do Sistema Único de Saúde, pois perpassou desde a estigmatização dos sujeitos LGBT até a falta de conhecimento da PNSI-LGBT por parte dos profissionais. Foi possível demonstrar inclusive críticas pertinentes ao sistema e ao tratamento recebido, descrevendo os obstáculos, que quase sempre são em função da heteronormatividade presumida, e concebida pelos profissionais de saúde.

Desta maneira, os resultados apresentados revelaram uma população de usuários que ainda tem como referência o modelo biomédico, mantendo visões limitadas sobre a primeira escolha de acesso à saúde, provocando reflexões sobre a acessibilidade e atenção integral. Faz-se então, fundamental, que os profissionais e serviços de saúde sejam voltados às especificidades da população LGBT, para que seja possível estabelecer uma atenção de fato integral em saúde.

É pertinente uma reflexão interdisciplinar que agregue as perspectivas dos diversos campos tais como: o direito, a antropologia, a sociologia, a saúde coletiva e da psicologia social para pensar o cenário político atual que gera tendências e quais os riscos eminentes na execução e implementação das políticas públicas direcionadas às questões que permeiam à diversidade sexual, as expressões de gênero e a liberdade e diversidade corporal no Brasil.

Pois, de acordo com a proposta do Sistema Único de Saúde, desde sua construção inicial, há uma ideia central de saúde implica: em todas as pessoas serem portadoras de direito e terem, portanto, direito à saúde. O SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios. Neste sentido, as políticas de saúde devem ter a função de promover a formação de profissionais e todos os que estão inseridos no SUS inseridas no cuidado da população LGBT.

Por fim consideramos que enquanto os direitos individuais e coletivos da humanidade não forem, de fato, direitos acessados por todos, não conseguiremos falar de universalidade e integralidade no acesso em saúde da comunidade LGBT.

É preciso avançar no fortalecimento do SUS e da rede de atenção à saúde para a população LGBT para que todos possam ter o reconhecimento de sua dignidade humana e ter garantidos os seus direitos fundamentais.

Referencias bibliográficas

ALBUQUERQUE, Grayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde debate*, v. 37, n. 98, p. 516-24, 2013.

AZEVEDO, Ana Lucia Martins de; COSTA, André Monteiro. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 35, p. 797-810, 2010.

BARBOSA, R. M., FACCHINI, R. 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, suppl 2, p. 291-300, 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo* (Edição revista e actualizada). Lisboa: Edições, v. 70, 2009.

BIERNACKI, P. & WALDORF, D. Snowball Sampling: Problems and techniques of Chain Referral Sampling. *Sociological Methods & Research*, vol. nº 2, November. 141-163p, 1981

BRASIL, Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigos 196 à 200. 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em 24 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2008). Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. *Rev. Saúde Pública*, 42(3), 570-573.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 14 jun. 2017.

CAMPOS, Ligia Fabris. Direitos de pessoas trans* em perspectiva comparada: O papel do conceito de dano no Brasil e na Alemanha/Trans* rights in comparative perspective:

Discussing the concept of Harm to self in Brazil and Germany. *Revista Direito e Práxis*, v. 7, n. 15, p. 476-495, 2016.

CARVALHO SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):669-678, 2004.

CARVALHO, Laudénize Souza; PHILIPPI, Miriam May. Percepção de lésbicas, gays e bissexuais em relação aos serviços de saúde-doi: 10512/ucs. v11i2. 1837. *Universitas: Ciências da Saúde*, v. 11, n. 2, p. 83-92, 2012.

DA SILVA OLIVEIRA, Mônica. Dilemas da Integralidade: o olhar sobre um serviço especializado na assistência em diabetes. 2011.

GOFFMAN, E. Estigma: notas Sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

LIMA COSTA DE MENEZES, Erica Ergologia e bioética cotidiana—olhares para os modos de produção do cuidado. *Saúde & Transformação Social/Health & Social Change*, v. 7, n. 1, 2016.

LIMA, Maria Dálete Alves; DA SILVA SOUZA, Alcimar; DANTAS, Maridiana Figueiredo. OS DESAFIOS A GARANTIA DE DIREITOS DA POPULAÇÃO LGBT NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, v. 3, n. 11, 2009.

LIONÇO, T. (2009). Atenção integral à saúde e a diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63.

MELO Alessandra. Brasil amarga o preço da intolerância e lidera ranking de violência contra homossexuais. In: *Estado de Minas*, postado em 22/09/2014. Disponível em: <http://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2014/09/22/interna_nacional,571621/brasil-amarga-o-preco-da-intolerancia-e-lidera-ranking-de-violencia-contr-homossexuais.shtml>. Acesso em: 14 abril. 2017.

PAULINO, Danilo Borges et al. Discursos sobre o acesso e a qualidade da atenção integral à saúde da população LGBT entre médicos (as) da estratégia saúde da família. 2016.

PUCCINI PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. Cad Saúde Pública. 2008; 24(9):2032-42.