

Violência e o acesso a serviços de saúde pela população LGBTQIA+

Violence and access to health services for the LGBTQIA+ population

Violencia y acceso a servicios de salud para la población LGBTQIA+

Juliana Rafaelle Couto Silva Fonsêca¹
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior²

RESUMO

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo e enquanto problema de Saúde Pública, a violência se expressa com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida. Quando se refere às demandas de saúde de grupos sociais vulneráveis, como LGBTQIA+, ainda pode ser notado algumas barreiras diante de uma sociedade em que a heteronormatividade prevalece. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a existência de barreiras e possíveis casos de violência enfrentados pela população LGBTQIA+ no acesso aos serviços de saúde, através de uma pesquisa qualitativa, exploratória com a metodologia de análise de discurso, utilizando a técnica de análise de Bardin onde foram realizadas 27 entrevista semiestruturada de pessoas representativas da população LGBTQIA+ na Região Metropolitana do Recife. A análise de 04 categorias expressou as limitações de acesso à saúde da população LGBTQIA+, através dos relatos de preconceito e discriminação por parte dos profissionais de saúde com base na identificação orientação sexual e/ou identidade de gênero, evidenciando o constrangimento e conseqüentemente um possível distanciamento do cuidado.

Palavras-chave: homofobia; sexismo; estigma social; minorias sexuais e de gênero; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Violence is one of the main public health problems in several countries around the world and as a Public Health problem, violence has a high impact on the illness and death of the population, especially early mortality, and a reduction in life expectancy and quality of life. When referring to the health demands of vulnerable social groups, such as LGBTQIA+, some barriers can still be noted in a society in which heteronormativity prevails. In this sense, this study aims to analyze

(*) Recibido: 15/11/2023 | Aceptado: 10/01/2024 | Publicación en línea: 29/03/2024.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

¹Mestranda em Perícias Forenses. E-mail: juliana.coutos@upe.br ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9912-4491>

²Mestre e Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva; Professor(a) Associado(a) da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Campus Santo Amaro (FOP/UPE). Membro permanente do Programa de Mestrado em Perícias Forenses; Endereço Profissional: Av. Gov. Agamenon Magalhães - Santo Amaro, Recife - PE, 50100-010; E-mail: luiz.gutenberg@upe.br; Telefone (81) 9 9972-8853; ORCID: 0000-0002-2030-1092.

the existence of barriers and possible cases of violence faced by the LGBTQIA+ population in accessing health services, through qualitative, exploratory research with the methodology of discourse analysis, using the data analysis technique. Bardin where 27 semi-structured interviews were carried out with people representing the LGBTQIA+ population in the Metropolitan Region of Recife. The analysis of 04 categories expressed the limitations of access to health for the LGBTQIA+ population, through reports of prejudice and discrimination on the part of health professionals based on sexual identification orientation and/or gender identity, highlighting embarrassment and consequently a distancing possible, be careful.

Keywords: homophobia; sexism; social stigma; sexual and gender minorities; access to health services.

RESUMEN

La violencia es uno de los principales problemas de salud pública en varios países del mundo y como problema de Salud Pública, la violencia tiene un alto impacto en la enfermedad y muerte de la población, especialmente la mortalidad precoz, y una reducción de la esperanza y calidad de vida. . Al referirse a las demandas de salud de grupos sociales vulnerables, como LGBTQIA+, aún se pueden notar algunas barreras en una sociedad en la que prevalece la heteronormatividad. En este sentido, este estudio tiene como objetivo analizar la existencia de barreras y posibles casos de violencia que enfrenta la población LGBTQIA+ en el acceso a los servicios de salud, a través de una investigación cualitativa, exploratoria con la metodología del análisis del discurso, utilizando la técnica de análisis de datos de Bardin donde 27 semi -Se realizaron entrevistas estructuradas a personas representativas de la población LGBTQIA+ de la Región Metropolitana de Recife. El análisis de 04 categorías expresó las limitaciones de acceso a la salud para la población LGBTQIA+, a través de denuncias de prejuicios y discriminación por parte de los profesionales de la salud por identificación sexual, orientación y/o identidad de género, resaltando la vergüenza y en consecuencia un posible distanciamiento, tenga cuidado.

Palabras clave: homofobia; sexismo; estigma social; minorías sexuales y de género; acceso a los servicios de salud.

1. INTRODUÇÃO

A violência é um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como o uso intencional de força física ou poder, por meio de ameaça ou de fato praticado contra si próprio, outra pessoa e contra um grupo ou comunidade que resulta ou tenha grande capacidade de resultar em ferimento, morte, dano psicológico e prejuízo no desenvolvimento ou privação (Lettiere, 2012).

A temática das violências entrou na agenda do setor Saúde como um grave problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alertou que “em todo o mundo, a violência vem se afirmando como um dos mais graves problemas sociais e de Saúde Pública”. Enquanto problema de Saúde Pública, a violência se expressa com alto impacto no adoecimento e morte da população, especialmente na mortalidade precoce, na diminuição da expectativa e qualidade de vida (Brasil, 2014).

A literatura tem registrado violência interpessoal, discriminação e seus efeitos em disparidades na saúde, com maior incidência de agravos, sobretudo aqueles mais sensíveis à vulnerabilidade social e individual. A violência e o preconceito aos comportamentos sexuais divergentes do padrão heteronormativo são consensualmente reconhecidos na literatura como determinantes de saúde, uma vez que provocam vulnerabilidades específicas e carregam forte potencial para desencadear processos de sofrimento, adoecimento e morte prematura desta população (Guimarães et al. 2017).

O Brasil, país que mais mata LGBTQIA+ no mundo pelo quarto ano consecutivo (Antra, 2022), estabeleceu compromisso através do Ministério da Saúde na determinação social de saúde e redução das desigualdades ao grupo LGBTQIA+ com políticas de expansão do cuidado, redução de danos, prevenção de agravos, promoção de saúde. Em 2011, através da portaria nº 2.836/2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, construída em parceria com a sociedade civil, e tendo como objetivo estabelecer diretrizes e ações para as três esferas de governo, enfatizando a importância da redução das iniquidades decorrentes de identidade de gênero e orientação sexual.

No entanto, observa-se, a dificuldade enfrentada pela população LGBTQIA+ diante das diversas formas de violência e das discriminações vivenciadas em decorrência da livre orientação sexual (Albuquerque et al. 2013).

Os direitos da população LGBTQIA+ são resguardados por frágeis legislações, mas o debate não deve ficar somente na questão de gênero e sexual. O direito a não discriminação, bem como o direito à dignidade, são direitos humanos fundamentais, sendo sua violação determinante para a exclusão ou comprometimento do acesso a outros direitos, dentre os quais o direito à saúde (Lionço, 2008), que é assegurado pela Constituição Brasileira e concretizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Porém, quando se refere às demandas de saúde de grupos sociais vulneráveis, como LGBTQIA+, ainda pode ser notado algumas barreiras diante de uma sociedade em que a heteronormatividade prevalece (Santos et al. 2020), provavelmente por ser uma população historicamente vinculada a vários

estigmas, preconceitos e perseguições por sua orientação sexual e identidade de gênero, assim como sua associação inicial com a epidemia AIDS.

Para avançar o pleno exercício da cidadania dessa população LGBTQIA+ é preciso, portanto, identificar e reconhecer a violência no acesso aos serviços de saúde e os comportamentos empregados na assistência a essa população. É necessário, ainda, valorizar questões específicas e singulares enfrentadas por esse grupo, pois suas problemáticas de saúde emergem, muitas vezes, da falta de cuidados efetivos e adequados às suas demandas.

A violência, a discriminação e o preconceito contra a diversidade sexual se mantem viva e exorbitante no nosso país, e nesse âmbito existe subnotificação de dados governamentais. Torna-se importante o conhecimento pela visão que os próprios usuários que se identificam como LGBT possuem ante suas especificidades e acesso aos serviços, contribuindo com a produção de informações que subsidiem discursos mais amplos sobre o direito à saúde. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo analisar a existência de barreiras e possíveis casos de violência enfrentados pela população LGBTQIA+ no acesso aos serviços de saúde.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo qualitativo, exploratório com a metodologia de análise de discurso utilizando a técnica de análise de conteúdo de Bardin, realizado no Instituto Boa Vista (IBV), com sede localizada em Recife-PE. O IBV é Organização Não Governamental que atua na defesa dos Direitos Humanos e nas questões Socioambientais, e presta serviços de Cidadania à população LGBTQIA+. Um estudo qualitativo tem uma abordagem subjetiva e é usado para definir experiências de vida e dar-lhes significado.

Este estudo seguiu todos os requisitos formais presentes nos padrões regulatórios nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco. (CAAE: 68439523.7.0000.5207 -Nº do Parecer: 6.174.297).

Todos os indivíduos foram informados sobre o teor da pesquisa (objetivos e metodologia) e os que livremente concordarem em assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A definição da amostra foi realizada através da técnica Snowball (bola de neve), que consiste em amostra não probabilística, a, em que cada participante indicou outras pessoas com as características desejadas, quer elas sejam ou não de seu próprio meio social, levando ao incremento da amostragem, até a repetição de indicações e esgotamento das possibilidades de participações. Foi utilizado um intermediário inicial, também denominado de semente, que apontou algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa a ser realizada. A semente atuava junto a coordenação do Instituto Boa Vista, organização não governamental onde foi realizada a pesquisa. Esta é uma técnica de amostragem que se utiliza de redes de referência, por isso, torna-se apropriada para pesquisas com grupos de difícil acesso ou até mesmo quando se trata de temas mais privados.

Após a aplicação desse procedimento e sua saturação, que é operacionalmente definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador certa redundância, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados, chegou-se a um quantitativo de 27 entrevistados. A avaliação da saturação a partir de uma amostra é feita por um processo contínuo de análise dos dados, começado já no início do processo de coleta. Como critérios de inclusão, considerou-se: pessoas do grupo LGBTQIA+, maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos e que tiverem, pelo menos, uma experiência de acesso aos serviços de saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2023, mediante agendamento, na sede do Instituto Boa Vista (IBV). Para obtenção dos dados, foi utilizado um questionário semiestruturado através da técnica da entrevista. As narrativas foram gravadas e posteriormente transcritas para subsequente análise e discussão. Esse questionário utilizou categorias previamente selecionadas que melhor representassem o entendimento sobre o assunto estudado, como por exemplo, questões relacionadas a acesso aos serviços, acolhimento e inclusão.

Com os resultados das 27 entrevistas transcritas na íntegra, elaborou-se o banco de dados para processamento que posteriormente foram dispostos em

categorias de análise. As categorias avaliadas foram: Experiência de violência nos serviços de saúde, Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde, Procura pelos serviços de saúde e Comportamento ou atitudes diante de situações de violência.

A análise de dados foi realizada através da técnica de análise de Bardin (pró-análise), exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação). Na etapa de exploração do material, foi utilizada a categorização por relevância teórica ou reiteração dos dados, que tem como foco qualificar as vivências do sujeito. A categorização é um procedimento de agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles, classificando por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Desse modo, as respostas dos participantes foram classificadas de acordo com o nível de semelhança entre o conceito da categoria (esperado) e o conteúdo do discurso (observado) e posteriormente interpretadas.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos mostram a caracterização sociodemográfica dos usuários participantes desta pesquisa e suas percepções sobre o acesso aos serviços de saúde. Constatou-se na amostra pesquisada que 88,8% dos participantes se autodeclararam do sexo masculino e 11,2% do sexo feminino, destes 96,2% cisgênero e 3,8% não binário. Quanto a orientação sexual os participantes que se autodeclararam homossexual corresponderam a 77,7%. Houve predomínio na faixa etária de 18 - 35 anos, representada por 66,6%. A raça/cor parda foi autodeclarada por 48,1% e a branca por 44,4%. Os 100% participantes, residem no Recife e região metropolitana e afirmaram procurar serviços de saúde quando adoecem, sendo relatado por uma proporção significativa dos participantes 77,7% que apenas procura a assistência em casos de urgência e emergência.

As respostas obtidas nas entrevistas descrevem através dos fragmentos de falas (identificadas pela letra E), repercussões diversas relacionadas ao acesso e cuidado da saúde da população LGBT, classificadas nas categorias temáticas a seguir.

Categoria 1- Procura pelos serviços de saúde

Esta categoria contempla os serviços utilizados pela população entrevistada. Quando indagados sobre, se quando adoecem procuram os serviços de saúde e por qual motivo ocorre esta procura, emergiram as seguintes subcategorias: o tipo de serviço utilizado e o motivo da utilização desses serviços. Na subcategoria qual tipo de serviço de saúde é mais utilizado, 74% dos participantes identificaram os serviços privados como os serviços de saúde mais procurados, preferencialmente por terem plano de saúde, ou melhor acesso em consultas particulares e 77,7% afirmaram que não possuíam um local que costumavam frequentar quando estavam doentes ou necessitando de atendimento médico referindo os atendimentos de urgência/ emergência como fonte habitual de cuidados com a saúde.

“Geralmente eu vou mais quando eu estou com alguma doença (E2)”.

“Eu não tenho hábito de se manter frequências em exames de rotina. Mas toda vez que eu sinto alguma coisa, eu vou fazer (E5)”.

“Teve uma vez que eu fui para uma consulta no SUS, demorou tanto que eu fui embora. Eu não espero mais de 2 horas, eu desisto. Então se não consigo resolver com remédio, eu vou ao hospital (E9)”.

“É, quando estou doente, eu tenho que ir, é a última opção. Eu não tenho essa frequência de no médico (E11)”.

Categoria 2 - Fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde

Nesta categoria, posteriormente aos questionamentos se os profissionais envolvidos no seu acolhimento/atendimento, chamaram-lhe pelo seu nome social e como foi tratado durante o atendimento à saúde, os fragmentos de fala apontam diversos fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde. Dos 14,8% entrevistados que utilizam nome social, nenhum afirmou utiliza-lo em seus

atendimentos de saúde e 29,6% dos participantes demonstram que a omissão da sua orientação sexual ou identidade de gênero interferem na percepção de violência, mascarando um processo de acesso livre de preconceito aos serviços de saúde.

“Nunca usei meu nome social, mas já senti vontade uma vez para testar. Uma amiga minha trans já sofreu esse desrespeito com nome social. O médico insistiu a chamar pelo nome do documento (E16)”.

“Você não vê circular dentro de centros de saúde a população com performance LGBT. Um homem gay cis, que performa heteronormatividade acaba passando despercebido. Agora uma sapatão caminhoneiro que a mulher é lésbica, que performa masculiniza, ela você não vê circular na unidade. Se falar do homem trans, da travesti aí que não encontra mesmo (E13)”.

“Eu nunca vivenciei nenhuma situação, mas acredito que nunca tenha me identificando com Bissexual. Já presenciei uma pessoa trans na minha frente que foi atendida e sai falando sobre uma situação de violência(E15)”.

“Nenhuma situação de violência aconteceu comigo, mas assim, talvez porque eu seja um homem cis. Nunca me apresentei como homossexual talvez isso influencie (E18)”.

“Já presenciei uma indiferença na questão do atendimento, uma travesti tendo um atendimento diferente, por aparentar logo de cara sua identidade de gênero, diferente de mim que aparento ser homem (E19)”

“Até porque eu acredito que não transpareça. Se socialmente eu dissesse: ai amiga, aham... Esse comportamento daria a entender algo. Mas que da maneira que eu me porto, eu acho, não, não dá pista (E5)”.

“Tem preconceito sim, principalmente homens trans e mulheres trans. O estético sobressai na questão do preconceito, da violência, né? (E6)”.

Neste sentido a preocupação perpassa pela omissão da identidade de gênero e orientação sexual e o desconhecimento sobre a realidade do usuário, que pode propiciar um (des)cuidado assistencial e repercutir no contexto geral de sua saúde. Os depoimentos trazem pontos marcantes no que diz respeito à falta de preparo dos profissionais de saúde e denunciam práticas des (humanizadas) e antiéticas, falta de sensibilização e acolhimento.

Outra problemática identificada nesse contexto é a revelação da orientação sexual ou identidade de gênero, que foi apontada como causa de constrangimento durante o atendimento pelos próprios profissionais, exatamente por não conhecerem ou negarem a possibilidade das diversidades sexuais e de gênero, demonstrados pelos seguintes relatos:

“Fui para urologista e falei sobre as questões de ter sexo anal, e ele foi ficando incomodado e então eu fiquei insistindo para ele saber que existe esse público, que é uma obrigação dele saber lidar (E25)”.

“Demora muito o serviço, eu chego e as pessoas não têm um acolhimento legal. O médico que me atende não olha, não olha bem pra mim (E5)”.

“Acho que falta a galera entender que realmente qual é a necessidade da população LGBT. Tem muito preconceito (E11)”.

“Incomoda a falta de respeito dos serviços, falta de tato. Eles não se colocam no papel de cuidado da saúde, tiram o direito das pessoas através das barreiras criadas, barreiras sutis, que afastam a população do serviço (E13)”.

Categoria 3 - Experiência de violência nos serviços de saúde

Compreende-se como violência qualquer ação intencional, perpetrada por indivíduo, grupo, instituição, classes ou nações dirigidas a outrem, que cause prejuízos, danos físicos, sociais, psicológicos e (ou) espirituais. Esta categoria retrata diversas situações em que as pessoas responderam já terem sofrido algum tipo de constrangimento associado à orientação sexual, ao serem questionadas se acreditavam que exista preconceito entre os profissionais de saúde no atendimento da população LGBT e se sua identidade de gênero e orientação sexual influencia na conduta do profissional durante o atendimento. Diante dos relatos foi possível contemplar as seguintes subcategorias: a existência de preconceito entre os profissionais de saúde no atendimento da população LGBT e a influência da identidade de gênero e orientação sexual na conduta do atendimento de saúde.

A primeira subcategoria, existência de preconceito entre os profissionais de saúde no atendimento da população LGBT foi composta por 96,2% unidades de registro, consistindo a categoria mais representativa nas falas dos sujeitos, que afirmaram acreditar na existência mesmo que seja observado nos fragmentos de fala que alguns não chegaram a passar por tal situação.

“Assim, do privilégio que eu desfruto, eu acho que eu não consigo identificar essa violência. Mas eu acredito que com outras pessoas, pode aparecer (E2)”.

“Eu creio que Sim. Não cheguei a passar por alguma situação, mas eu sei que tem uma galera que passa (E11)”.

“Sim, já tive. Escutei uma brincadeira de mal gosto de uma Ginecologista (E10)”.

“Sim, sempre tem aquele que gosta de desrespeitar, né? A tratativa diferente. Assim você sente um desrespeito, não é uma violência, de agressão, mas é uma indiferença (E14)”.

No tocante a influência da identidade de gênero e orientação sexual na conduta do atendimento de saúde, 26% participantes relataram o desconforto com a assistência à saúde prestada a eles ou a outros usuários pelos funcionários dos serviços de saúde, pautada em preconceito e discriminação. A realidade demonstrada pelos relatos evidencia práticas de saúde insuficientes e fragmentadas, pois são pautados em julgamentos que partem dos próprios profissionais os entrevistados relataram vários casos de comportamento não ético por parte dos profissionais de saúde, por exemplo, por meio de intensa curiosidade e foco na orientação sexual ou identidade de gênero dos pacientes, conforme, demonstrados pelos seguintes relatos:

“Já senti quando fui doar sangue. Fizeram muitas perguntas e me senti como se meu sangue fosse ser descartado. Tudo isso após a pergunta da minha orientação sexual. Eu só percebi porque as perguntas foram diferentes das do meu amigo que hetero (E9)”.

“Relatei que eu tinha relações sexuais com mulheres e depois disso que começou o tratamento diferenciado. Foi mais invasivo, vamos dizer, com minha privacidade. Ele perguntou se eu andava com brinquedos ou não (E10)”.

“Já vi coisas como: Ah, tá atendendo aquele gayzinho ali, entendeu? Comentários meio idiota (E12)”.

“Teve uma vez que eu tive infecção urinária, aí o médico fez assim: Está comendo meninas por ai, ai eu disse que era Gay e ai ele ficou meio errado assim. Foi um comentário indevido. Parece que não existe homem homossexual (E20)”.

“A técnica de enfermagem foi aplicar um antibiótico do PEP, que dói, e ela quando aplicou disse que era para eu aprender a não fazer mais (E15)”.

Categoria 4- Comportamento ou atitudes diante de situações de violência

Nesta categoria os participantes quando questionados como lidam com essas situações de violência e se deixariam de procurar assistência à saúde, citaram duas razões principais que sustentam a tese de que atitudes de violência e preconceito podem ser consideradas como barreiras para a não efetivação de um bem-estar biopsicossocial. O constrangimento sofrido dentro dos serviços e conseqüentemente o distanciamento do cuidado, que podem trazer possíveis prejuízos graves à saúde, conforme os relatos dos participantes.

“É muito constrangedor. Os profissionais de saúde estão ali para atender da melhor forma possível e acaba que em algumas situações acaba afastando esse público do atendimento. Até porque, homens trans procuram ginecologista, qual o preparo que um ginecologista tem para atender essa pessoa? (E7)”.

“Eu não tive reação. Fiquei muito envergonhada. Eu não fui mais para outro profissional, pois a experiência que tive está interferindo no meu cuidado. Eu sei que tenho que me cuidar. É chato isso (E9)”.

“Foi muito constrangedor. Eu devia ter denunciado, mas não quis bancar o desgaste (E23)”.

“Me incomoda bastantes, mas eu passaria por esse desgosto por uma necessidade, se, é claro, tudo tem limite. Um distrato pontual é um desgosto que eu passaria sim (E5)”.

Tendo uma proporção significativa dos entrevistados 48,1% relatado que deixariam o serviço de saúde por não receberem atendimento adequado, sendo a discriminação atribuída a situações de tratamento diferenciado devido a diversidade de gênero e orientação sexual. Sendo este o principal motivo para esta população deixar de acessar os espaços de saúde.

“Por preconceito ou arrogância eu faria tudo para não procurar mais o mesmo lugar e se não tivesse jeito, ia no mesmo lugar e fazia ele respeitar, né? Isso não me respeitasse eu chamava a polícia (E12)”.

“Pelo que aconteceu comigo, por exemplo, se eu precisar de PEP novamente, eu não sei se eu vou retornar nesse mesmo espaço ou se eu vou deixar de fazer. Arriscar se tiver, se não der, não deu. Entendeu? Porque talvez eu não retorne nesse espaço por conta dessa violência (E13)”.

“Essas situações afastam essas pessoas dos serviços, tenho um amigo trans, que só procura serviços particulares por esse motivo, mas e quem não tem condições de pagar? O que vai fazer? (E15)”.

“Não afastaria meu cuidado com a saúde, mas com certeza eu iria trocar de local. Não tem coragem de enfrentar, não tem coragem de denunciar, de fazer qualquer outra, tomar alguma atitude e simplesmente meio que passe o pano e vai para outra, finge que nada aconteceu (E16)”.

É importante destacar que os sujeitos veem como alternativa a necessidade de mudar de local para conseguir uma assistência à saúde de qualidade, contudo, não acreditam ser a solução, pois o que demandam é uma reformulação das práticas no sentido de obterem acesso efetivo em qualquer tipo de serviço. É o que fica claro nas seguintes citações.

“Sim, no caso, se eu fosse mal recebido ou sofrer esse preconceito naquele lugar, eu certamente não voltaria pra ele e procuraria outro serviço (E20)”.

“Sei lá, por preconceito ou arrogância, eu faria tudo para não procurar mais o mesmo lugar (E12)”.

“Alguma situação de violência me afastaria da unidade de saúde, mas não me faria não cuidar. Procuraria outra unidade especializada dependendo denunciaria de alguma forma. A unidade especializada é um espaço acolhedor, pra essas pessoas não acolhidas, porque a humanização que é muita falha (E6)”.

“Me afastaria do serviço, procuraria outro serviço que me acolhesse melhor. Não concordo com centros especializados, que precisamos ser separados. Pois esses núcleos existem pelo preconceito (E20)”.

4. **DISCUSSÃO**

Neste estudo, o perfil sociodemográfico da população investigada retrata predominância de pessoas jovens, de cor branca ou parda, e homens homossexuais. com vivências nos serviços de saúde em sua maioria realizadas através da rede privada, por meio de planos de saúde e consultas particulares, o que não extingue as barreiras no acesso e satisfação aos cuidados de saúde.

Para Ferreira et al. (2018) a sexualidade tem sido temática central nos mais diversos debates políticos, biomédicos, sociais e antropológicos, sendo a essência dessas discussões os processos discriminatórios e de exclusão gerados ao longo da história. Por isso, é fundamental a ampliação de pesquisas de base populacional sobre o estado e as necessidades de saúde de indivíduos lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBTQIA+) devido às evidências de disparidades de saúde entre minorias sexuais e populações heterossexuais.

A problemática do acesso e da qualidade da assistência à saúde das populações LGBT tem sido alvo de interesse crescente na literatura nacional e internacional é o que destaca Ferreira e Bonan (2020). É necessário considerar que, para além da desqualificação profissional e limites de acesso, a discriminação e a violência que este segmento populacional apresenta como violência repercutem diretamente nas necessidades de cuidado com a saúde (Oliveira et al. 2018).

A partir dos relatos, observou-se que o acesso aos serviços de saúde é livre de preconceito na medida em que os usuários silenciam sua orientação

sexual ou identidade de gênero. No entanto, quando revelada, o acesso aos serviços de saúde pode variar de restritivo à excludente, gerando constrangimento, sofrimento psíquico, exclusão social. Tal fato corrobora com o que Ferreira & Bonan (2020), Rossman et. al. (2017), Baptiste-Roberts et. al (2018), Oliveira et. al. (2018) e Ferreira et. al. (2018) ressaltam que a população lésbica, gay, bissexual, travesti e transexual (LGBT) experimenta dificuldades em comunicar-se com os profissionais de saúde, evidenciando que optam por não expor sua orientação sexual ao profissional de saúde devido ao medo de discriminação.

Tais resultados podem ser explicados pela constatação da existência de barreiras simbólicas, aquelas que envolvem a subjetividade, a cultura e crenças das pessoas ainda estão muito presentes no acesso das pessoas LGBTQIA+, provavelmente porque os elementos culturais advindos do padrão heteronormativo. (Santana et. al. 2020; Silve & Gomes, 2021; Pereira & Chazan, 2019).

Ficou evidente no estudo, através do relato que os participantes acreditam na existência de violência nos serviços de saúde e como estas vivências interferem no acesso e no cuidado com a saúde. Resultado semelhante foi observado em outro estudo de Silva & Costa (2020) que apresenta em seu estudo a experiências de preconceito e estigmatização como os principais motivos para a população LGBT não acessarem os espaços de saúde ou não receberem atendimento adequado, sendo a discriminação atribuída a situações de tratamento diferenciado devido à diversidade de gênero e orientação sexual. Essa violência é reflexo de uma sociedade conservadora e de um estigma social repleto de discriminações direcionadas a indivíduos ou grupos com base em características, comportamentos ou identidades que são consideradas indesejáveis ou não conformes à norma social dominante.

Além de apresentarem relatos de experiências próprias, os participantes relataram vivências discriminatórias sofridas por outros seres de sua convivência, que influenciam na sua perspectiva futuras quanto aos atendimentos nos serviços de saúde, sendo a mesma perspectiva do que foi apresentado no estudo de Abaver & Cishe (2018) que relata que muitos membros desse grupo minoritário evitam ou atrasam o atendimento ou recebem

cuidados inadequados ou de baixa qualidade, por experiência pessoal negativa ou/e pela suposição ou expectativa de experiência negativa com base no conhecimento de que outras pessoas LGBTI sofrem tais ataques homofóbicos. Tal atitude pode ser explicada pelos danos emocionais causados ao indivíduo, gerando a ansiedade diante de uma antecipação de eventos futuros que possam acarretar algum mal-estar.

Os resultados deste estudo também sugerem a influência da identidade de gênero e orientação sexual na conduta dos atendimentos a saúde, trazendo a tona o desconforto e o constrangimento e confirma o achados de Cele et al. (2015), Santos et al. (2020) e Dahlhamer et al. (2016) que descrevem as experiências de pacientes homossexuais, com o tratamento recebido dos profissionais de saúde, sendo relatado pela maioria dos participantes desconforto em ambientes de atendimento devido a ausência de acolhimento adequado a essa população. A presença de barreiras simbólicas, que envolvem a subjetividade e crenças das pessoas, ainda estão muito presentes e os elementos culturais advindos do padrão heteronormativo influenciam de modo subjetivo o atendimento desses profissionais da saúde.

Para Pereira & Chazan, (2019) a dimensão técnica do acesso envolve acolhimento, integralidade do cuidado, vínculo, compromisso e qualidade assistencial. Martos et al. (2018) analisou os fatores que influenciam as preferências de saúde das pessoas LGB e o estigma influenciou mais consistentemente a comunicação dos participantes com os profissionais e foi frequentemente associado às suas preferências por locais específicos. Os centros especializados de atendimento à população foram citados pelos participantes como opções frente às situações de violência, pois aparentemente contribuem para o cuidado acolhedor e garantem mais respeito e dignidade aos usuários. Embora a necessidade de um local específico de atendimento tenha sido levantada como uma prática excludente, corroborando com o estudo de Matos et al. (2018) que levanta o questionamento se fontes separadas de cuidados de saúde podem ser consideradas uma forma de marginalização, pois os cuidados de saúde deveriam ser de igual acesso, instituindo uma reflexão acerca da delimitação de espaços para essa população que não foi respondida em nenhum estudo avaliado.

Os resultados sugerem o desconforto diante de práticas preconceituosas dos profissionais de saúde, e considera o apontamento da ausência de acolhimento como fator distanciador da procura ao em espaços de saúde. Muitos entrevistados compartilharam experiências de tratamento desrespeitoso com base em sua orientação sexual ou gênero. A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre orientações sexuais não normativas e identidades de gênero, bem como necessidades de saúde específicas de LGBT foi apontada por Muller (2017) como principal fato para a existência de barreiras de acesso aos serviços de saúde por essa população. Santana et al. (2020) e Silva & Costa (2020), também elencaram o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a diversidade sexual e de gênero como um dos subtemas mais pontuados na produção acadêmica.

Sendo assim, entender que envolver os profissionais de saúde é um passo crucial para reduzir as barreiras à acesso à saúde para pessoas que se identificam como LGBTQIA+. Para Silva & Costa (2020), a necessidade de sensibilização para o atendimento não discriminatório, percebendo como fundamental que a formação dos profissionais em saúde não seja apenas técnica, mas também atravessada pela compreensão do humano e do social. Fernandes et al. (2018) enfatiza o papel do profissional nesta dinâmica, que tem formação pautada na heteronormatividade e aborda que é necessário que estes estejam mais atentos e humanizados ao atendimento a esta população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossos resultados revelam que as experiências de acesso aos serviços de saúde pela população LGBTQIA+ é permeado de discriminação sendo esta, a principal barreira de acesso ao cuidado. O acolhimento marcado por preconceito e o despreparo do profissional pautado na orientação sexual dos usuários e em comportamentos discriminatórios e excludentes, são fortemente apontados como motivadores constrangimento e da fragilidade das práticas assistenciais de atenção à saúde relacionadas às minorias sexuais e de gênero.

Como limitação do estudo é possível observar que a população estudada não procurou retratar uma verdade universal sobre experiências, mas sim destacar casos específicos que ilustram deficiências no atual sistema de saúde

e que a população transexual não se fez presente no espaço da pesquisa, mesmo sendo um local de defesa de direitos LGBTQIA+, mostrando a dificuldade de acesso a esse grupo.

As transformações necessárias para o maior acesso aos serviços de saúde e o pleno reconhecimento e promoção dos direitos humanos da população LGBTQIA+ requerem mudanças em um sistema que não prevê atendimento para identidades e corpos não normativos e suas necessidades.

Diante desse cenário, se faz necessário que o setor de saúde se constitua como um parceiro efetivo na proteção dos direitos da população LGBTQIA+, que políticas públicas e ações governamentais sejam instituídas, incluindo estabelecimento de instruções normativas que promovem a saúde, o acolhimento e a humanização do atendimento pelo profissionais de saúde e da população LGBTQIA+, tendo em vista que os achados desse estudo e de outras diversas pesquisas citadas apresentam um perfil de estigma e discriminação no acesso aos serviços de saúde, justificada em sua maioria pelo despreparo profissional acerca da temática.

REFERÊNCIAS

- Abaver DT. & Cishe EN. (2018). *Violence, abuse and discrimination: key factors militating against control of HIV/AIDS among the LGBTI sector*. SAHARA J. Dec;15(1):60-70.
- Albuquerque, G. A. et al. (2013). *Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil*. Saúde em Debate. v. 37, n. 98, pp. 516-524. Disponível em: <>. Epub 31 Jan 2014. ISSN 2358-2898.
- Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. (2017). *Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities*. Obstet Gynecol Clin North Am. Mar;44(1):71-80.
- Benevides B. & Nogueira, S. N. B. (2022). *Dossiê dos assassinatos e da violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*. ANTRA. (Orgs). – São Paulo: Expressão Popular, IBTE
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Painel de Indicadores do SUS*, v. 6, n. 9.

- Cele NH, Sibiyi MN, Sokhela DG. (2015). *Experiences of homosexual patients' access to primary health care services in Umlazi, KwaZulu-Natal*. *Curationis*. Sep 28;38(2):1522.
- Dahlhamer JM, Galinsky AM, Joestl SS, Ward BW. (2016). *Barriers to Health Care Among Adults Identifying as Sexual Minorities: A US National Study*. *Am J Public Health*. Jun;106(6):1116-22.
- Pereira, D C. L. B. & Chazan, A. C. S. (2019). *O Acesso das Pessoas Transexuais e Travestis à Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa*. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1795.
- Fernandes, M.; Soler, L. D.; Leite, M. C. B. P. (2018). *Saúde das mulheres lésbicas e atenção à saúde: nem integralidade, nem equidade diante das invisibilidades*. *Revista Bis*, 19(2), 37-46.
- Ferreira, B. de O., Pedrosa, J. I. dos S., & Nascimento, E. F. (2018). *Diversidade de gênero e acesso ao Sistema Único de Saúde*. *Revista Brasileira Em Promoção da Saúde*, 31(1).
- Ferreira, B. d O. & Bonan, C. (2020). *Abrindo os armários do acesso e da qualidade: uma revisão integrativa sobre assistência à saúde das populações LGBTT*. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 5, pp. 1765-1778.
- Guimarães, R. De C. P., Cavadinha, E. T., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2017). *Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?* *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(1), Pág. 121-139.
- Lionço, T. (2008). *Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade*. *Saúde Soc*; 17(2): 11-21
- Lettiere, A; Nakano, A. M. S; Bittar, D. B. (2012). *Violência contra a mulher e suas implicações na saúde materno-infantil*. *Acta paul. enferm. São Paulo* , v. 25, n. 4, p. 524-529.
- Martos AJ, Wilson PA, Gordon AR, Lightfoot M, Meyer IH. (2018). *"Like finding a unicorn": Healthcare preferences among lesbian, gay, and bisexual people in the United States*. *Soc Sci Med*. Jul; 208:126-133.
- Müller A. (2017). *Scrambling for access: availability, accessibility, acceptability and quality of healthcare for lesbian, gay, bisexual and transgender people in South Africa*. *BMC Int Health Hum Rights*. May 30;17(1):16.

- Oliveira, G. S. et al. (2018). *Acesso de lésbicas, gays, bissexuais e travestis/transsexuais às Unidades Básicas de Saúde da Família*. Rev Rene, Fortaleza, v. 19, e3295.
- Rossmann K., Salamanca, P., Macapagal, K. (2017). *A Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Nondisclosure of LGBTQ Identity to Health Care Providers*. J Homosex. 64(10):1390-1410.
- Santana, A. D. d S. et al. (2021). *Health vulnerabilities of transgender sex workers: an integrative review*. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. v. 30
- Santos, L. E. S. d et al. (2020). *Access to the Unified Health System in the perspective of male homosexuals*. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. v. 73, n. 2
- Silva JF, Costa GMC. (2020). *Health care of sexual and gender minorities: an integrative literature review*. Rev Bras Enferm.73(suppl 6):e20190192. Published Oct 28.
- Silva, A. d N. & e Gomes, R. (2021). *Acesso de mulheres lésbicas aos serviços de saúde à luz da literatura*. Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, suppl 3 , pp. 5351-5360