

## Saúde mental e o cuidado à população LGBTQIAPN+: orientação sexual e diversidade de gênero como determinantes sociais da saúde

### Luan Layzon Souza Silva

Docente do curso de Psicologia da Faculdade São Francisco do Ceará; Mestre em Ensino na Saúde pela UECE; Especialista em Regime de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará; Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio;

✉ [luanlayzonpsi@gmail.com](mailto:luanlayzonpsi@gmail.com)

### Isaac Marlon Vasconcelos do Nascimento

Graduado em Psicologia pelo Centro Universitário Dr. Leão Sampaio – UNILEÃO, Pós-graduando em Psicologia Hospitalar e em Docência em Ciências da Saúde - FAVENI,

✉ [isaac.8115@hotmail.com](mailto:isaac.8115@hotmail.com)

### Francisco Francinete Leite Junior

Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário Leão Sampaio; Mestre em Psicologia pela UNIFOR e Doutor em Psicologia Clínica pela UNICAP

✉ [francinetejunior@leaosampaio.edu.br](mailto:francinetejunior@leaosampaio.edu.br)

Recebido em 20 de novembro de 2020

Aceito em 7 de fevereiro de 2023

#### Resumo:

A partir do entendimento que orientação sexual é o caminho do desejo e gênero é o papel social de ser mulher, homem ou outro, ambos componentes dos corpos e identidades, é possível compreender, com base nos determinantes de saúde, que a LGBTQIAPN+fobia interfere no processo saúde-doença, causando sofrimento e adoecimento. O Estado Brasileiro reconheceu as questões de orientação sexual e gênero como determinantes da saúde a partir de discussões realizadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde e expressamente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Com o objetivo de analisar as possíveis interferências das questões de orientação sexual e gênero na efetivação do acesso e do cuidado da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde mental do município de Iguatu/CE, foi realizada, uma pesquisa qualitativa e exploratória, sendo a pesquisa-ação a técnica principal de coleta de dados, tendo sido produzidas oficinas com trabalhadores da saúde nos três Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no município, contando com participação de 27 profissionais. Essas oficinas tiveram a finalidade de problematizar três pontos específicos a partir das perspectivas dos participantes: os conceitos de orientação sexual e gênero; a saúde da população LGBTQIAPN+; e as questões do preconceito, do acesso e do cuidado da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde mental. Após, foi realizada uma análise de discurso. Conclui-se que o acesso é fragilizado, ameaçando a universalização do SUS e o cuidado é precário, diante do sofrimento, preconceito, invisibilização e falta de informação, limitando o cuidado integral e equânime.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Sexualidade, Gênero e Determinantes da Saúde.

## Mental health and the care for LGBTQIAPN+ population: sexual orientation and gender diversity as social determinants of health

#### Abstract:

From the understanding that sexual orientation is the path of desire and gender is the social role of being a woman, man or other, both as components of bodies and identities, it is possible to

understand, based on health determinants, that LGBTQIAPN+phobia interferes in the health-disease process, causing suffering and illness. The Brazilian State recognized the issues of sexual orientation and gender as determinants of health based on discussions held at the 13th National Health Conference and expressly in the National Policy on Comprehensive Health for Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites and Transsexuals. With the objective of analyzing the possible interferences of sexual orientation and gender issues in the effectiveness of access and care of the LGBTQIAPN+ population in mental health services in the municipality of Iguatu/CE, a qualitative and exploratory research was carried out, being the research- action the main data collection technique, with workshops being produced with health workers in the three Psychosocial Care Centers - CAPS in the municipality, with the participation of 27 professionals. These workshops aimed to problematize three specific points from the perspectives of the participants: the concepts of sexual orientation and gender; the health of the LGBTQIAPN+ population; and issues of prejudice, access and care of the LGBTQIAPN+ population in mental health services. Afterwards, a speech analysis was performed. It is concluded that access is fragile, threatening the universalization of the SUS and care is precarious, in the face of suffering, prejudice, invisibilization and lack of information, limiting comprehensive and equitable care.

**Keywords:** Mental Health, Sexuality, Gender and Health Determinants.

## **Salud mental y atención a la población LGBTQIAPN+: orientación sexual y diversidad de género como determinantes sociales da la salud**

### **Resumen:**

Comenzando de la comprensión de que la orientación sexual es el camino del deseo y el género es el rol social de ser mujer, hombre u otro, ambos como componentes de cuerpos e identidades, es posible comprender, a partir de determinantes de la salud, que la LGBTQIAPN+fobia interfiere en el proceso salud-enfermedad, provocando sufrimiento y enfermedad. El Estado brasileño reconoció las cuestiones de orientación sexual y género como determinantes de la salud a partir de las discusiones realizadas en la 13ª Conferencia Nacional de Salud y expresamente en la Política Nacional de Salud Integral para Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales. Con el objetivo de analizar las posibles interferencias de las cuestiones de orientación sexual y género en la efectividad del acceso y atención de la población LGBTQIAPN+ en los servicios de salud mental del municipio de Iguatu/CE, se realizó una investigación cualitativa y exploratoria, siendo la investigación- acción principal técnica de recolección de datos, siendo producidos talleres con trabajadores de la salud en los tres Centros de Atención Psicosocial - CAPS del municipio, con la participación de 27 profesionales. Estos talleres tuvieron como objetivo problematizar tres puntos específicos desde la perspectiva de los participantes: los conceptos de orientación sexual y género; la salud de la población LGBTQIAPN+; y temas de prejuicio, acceso y atención de la población LGBTQIAPN+ en los servicios de salud mental. Posteriormente, se realizó un análisis del habla. Se concluye que el acceso es frágil, amenazando la universalización del SUS y la atención es precaria, ante el sufrimiento, los prejuicios, la invisibilización y la falta de información, limitando la atención integral y equitativa.

**Palabras clave:** Salud Mental, Sexualidad, Género y Determinantes de la Salud.

### **INTRODUÇÃO**

Os conceitos de orientação sexual e identidade de gênero como conhecemos hoje foram gestados na modernidade, criados a partir de um discurso de verdades que delimitou, nomeou e tornou inteligível os corpos e os sexos, constituindo o que chamamos hoje de sexualidade, um dispositivo histórico. Nesse sentido também se delimitou os corpos normais

e todos aqueles que se afastassem da lógica tida como natural, com preceitos fincados nas questões biológicas e na reprodução, seriam classificados como aberrantes, doentes e criminosos (FOUCAULT, 2010).

No século XIX, com a organização dos movimentos feministas, as questões de gênero como papel social foram inseridas nos debates, ocorrendo uma quebra de paradigmas na qual a sexualidade e gênero saem do viés reducionista para o viés de construção social e de identidade (LOURO, 1997).

Posteriormente, tentando distanciar-se do viés puramente biologicista e de reprodução, a Organização Mundial de Saúde (OMS) pontua que “[...] A sexualidade forma parte integral da personalidade de cada um. É uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida” (OMS, 1975, *apud* EGYPTO, 2003, p. 15 e 16), reafirmando um entendimento identitário sobre as dissidências sexuais e de gênero.

Hoje, predomina a ideia de que orientação sexual é o caminho espontâneo do desejo e gênero o papel social de ser homem, mulher ou outro e ambos como componentes dos corpos e identidades (SILVA, LEITE JUNIOR, 2016), logo, se entende que também, as questões de orientação sexual e gênero estão relacionadas à saúde das pessoas, confirmando-se no conceito apresentado pela OMS, que entende que saúde não é apenas a ausência de enfermidades, preocupando-se com a manutenção do bem-estar biopsicossocial.

Esse conceito nos permite pensar saúde sob a ótica dos determinantes sociais de saúde que são “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS, PELEGRIN, 2016), assim os determinantes estão diretamente relacionados ao processo saúde-doença.

A exclusão social, gerada pela falta de acesso à saúde, educação, cultura, lazer, moradia digna, alimentação saudável e outros, influenciam diretamente na geração de bem-estar e consequentemente na qualidade de vida das pessoas, além disso, vale ressaltar que todo tipo de discriminação e preconceitos, como a LGBTQIAPN+fobia, racismos e as violências de gênero também determinam o processo saúde-doença, gerando sofrimento e adoecimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O Estado Brasileiro reconheceu as questões de orientação sexual e gênero como determinantes de saúde a partir de discussões realizadas na 13ª Conferência Nacional de Saúde e expressamente na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A base legal da garantia dos direitos à saúde das dissidências sexuais e de gênero no Brasil, constituída por leis, políticas de saúde, relatórios de conselhos de saúde, entre outros documentos, tem a finalidade de nortear a atuação do cuidado em saúde. Esse conteúdo está expresso na Constituição Federal de 1988 (CF/88), nas Leis 8.080 e 8.142 de 1990, na Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais de 2011 e com relação às questões de saúde mental encontramos a Lei 10.216 de 2001 e o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, entre outros.

Uma das lutas da população LGBT no Brasil se materializa na busca pela efetivação dos direitos à saúde previstos na CF/88<sup>9</sup> e reafirmados na Lei 8.080/90<sup>10</sup>, que formaliza o Sistema Único de Saúde (SUS), baseado em princípios e diretrizes, em especial a Universalidade, Integralidade e Equidade, que garantem a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos sem discriminação.

A lei 8.142/90 (BRASIL, 1990), legisla sobre participação social, abrindo as portas do sistema para a contribuição LGBTQIAPN+ nas conferências e conselhos de saúde, entendendo que todas essas conquistas emanam do povo, é importante frisar que para essa população, uma das conquistas foi a elaboração e aprovação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais<sup>8</sup>, instituída no SUS pela Portaria 2.836, de 2011.

A Política de Saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, aprovada no ano de 2009 no Conselho Nacional de Saúde, é considerada um marco histórico da saúde pública do Brasil, coloca as questões de gênero e orientação sexual como determinantes de saúde, além de reconhecer a vulnerabilidade das LGBTQIAPN+ diante dos sofrimentos gerados pela LGBTQIAPN+fobia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Na saúde mental, prevê que deve-se trabalhar na “redução dos problemas relacionados à saúde mental, como a drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, atuando na prevenção,

promoção e recuperação da saúde” e “incluir ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da autoestima”, além de deixar clara como uma de suas diretrizes a realização de mecanismos no SUS, “com vistas ao alívio do sofrimento, dor e adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporais e psíquicos relativos às pessoas transexuais e travestis” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Quanto à Saúde Mental da população LGBTQIAPN+ a Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), prevê no seu artigo primeiro a garantia dos direitos e proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, sendo assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Já o Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial<sup>13</sup>, de 2010, é favorável ao cuidado em saúde mental das dissidências sexuais e de gênero, quanto ao processo de educação permanente do profissional de saúde mental, o documento estimula o desenvolvimento e a divulgação de estudos e pesquisas acerca da saúde mental dessa população, levando em consideração os processos de violência, e a inclusão dos temas relacionados aos direitos civis nos cursos de formação desses profissionais, no tocante aos direitos humanos e direito à saúde mental, o relatório assegura o respeito à diversidade e ressalta a importância de promover políticas públicas específicas de inserção social.

O relatório, garante o atendimento humanizado e respeito ao nome social dentro do SUS. Quanto à acessibilidade, prevê a criação, implementação e fiscalização de políticas de promoção de igualdade e superação de preconceitos, criando estratégias de acolhimento às demandas relacionadas ao gênero e orientação sexual, além de garantir a inclusão e acesso universal aos cuidados em saúde mental, garantindo ainda a sensibilização dos gestores e trabalhadores da saúde para implantação da Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no serviço de saúde mental (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010).

Ressaltando que um dos princípios da Reforma Psiquiátrica (PONTES, SOUZA, FRAGA, 1995), é gerar cidadania da pessoa em sofrimento mental, estigmatizada e marginalizada, esse princípio ganha dupla importância quando tratamos das LGBTQIAPN+ em sofrimento

psíquico, duas vezes estigmatizadas, oprimidas, excluídas e violentadas em uma sociedade que entende o diferente como errado, criminoso e pecaminoso. Assim, a partir do entendimento que a problemática da violência às dissidências sexuais e de gênero é realidade e atinge o SUS, se justificou a realização da pesquisa.

A partir dessas questões já apresentadas, o objetivo desse trabalho foi analisar as possíveis interferências das questões de gênero e sexualidade na efetivação do acesso e cuidado da população LGBTQIAPN+ nos serviços de saúde mental do município de Iguatu/CE.

## **METODOLOGIA**

O estudo situa-se no campo das pesquisas qualitativa e exploratória, tendo o ambiente natural do cotidiano como a principal fonte de coleta de dados (GIL, 2007). A pesquisa-ação, como técnica principal, guiou a coleta de dados desta pesquisa, intervindo em uma determinada situação a partir de uma ação, entendendo-a como ponto de partida para o conhecimento do fenômeno (ROCHA, AGUIAR, 2003).

O *locus* desta pesquisa limitou-se ao serviço especializado em saúde mental de Iguatu/CE, conjunto formado pelo Centro de Atenção Psicossocial, CAPS geral do tipo III, o Álcool e outras Drogas, CAPS AD, o Infanto-juvenil, CAPS IJ e a Residência Terapêutica.

Iguatu, localizado no Centro-Sul do estado, é polo econômico da região e está entre as dez cidades mais populosas do Ceará<sup>17</sup> e quando tratamos das questões de saúde mental e serviços substitutivos, Iguatu se apresenta como pioneira com a aprovação, em 1990, da Lei Orgânica Municipal<sup>18</sup>, prevendo em seu artigo 148, a proibição de construção de hospitais psiquiátricos de natureza pública ou privada em seu território, antes mesmo da aprovação de Lei Federal e a fundação do primeiro CAPS do Nordeste brasileiro, datada em 22 de novembro de 1991 (PONTES, SOUZA, FRAGA, 1995).

Os sujeitos de pesquisa foram os profissionais dos serviços especializados em saúde mental do município de Iguatu/CE, com o pré-requisito de estarem registrados legalmente como trabalhadores na respectiva instituição e aceitar de forma voluntária a participação na pesquisa.

A partir da pesquisa-ação, a coleta de dados aconteceu mediante realização de uma oficina em cada serviço, totalizando três, sendo que os profissionais da Residência Terapêutica foram convidados a participar da oficina do CAPS geral. Essas oficinas tiveram a finalidade de problematizar três pontos específicos: os conceitos de orientação sexual e gênero; a saúde da população LGBTQIAPN+; questões de LGBTQIAPN+fobia, e o acesso e o cuidado da população LGBT nos serviços de saúde. O conteúdo da oficina foi gravado e transcrito em diário de campo para análise posterior.

O roteiro das oficinas seguiu com breve apresentação dos participantes, explanação sobre o projeto de pesquisa, seus objetivos e temática abordada, dinâmica de provocação previamente selecionada e adaptada de cartilha do Ministério da Saúde (2009), seguidos de uma roda de conversa focada nas questões de gênero e sexualidade como determinantes na saúde mental da população LGBTQIAPN+. Cada oficina durou aproximadamente uma hora e vinte minutos, acontecendo nos respectivos serviços. O processamento dos dados deu-se a partir da análise de discurso, compreendendo o discurso como constituinte e construtor pela realidade.

Sobre os aspectos éticos da pesquisa, esta seguiu as normativas legais vigentes para pesquisas com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução CNS466/12), tendo sido registrada na plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, sob parecer nº 3.059.637, e uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

A ação foi pensada com uma dupla finalidade: gerar espaços de educação permanente sobre as temáticas do cuidado em saúde mental da população LGBTQIAPN+, atingindo a problematização das práticas profissionais; colher dados para analisar as possíveis interferências das questões de gênero e sexualidade na efetivação do acesso e cuidado da população LGBTQIAPN+ nesses serviços de saúde mental, contemplando o objetivo geral deste trabalho.

Os profissionais da residência terapêutica não participaram por questões internas e apenas um profissional, no total, se recusou expressamente a participar, mostrando sua

indisposição e resistência em pensar sobre as temáticas abordadas na pesquisa. Outro dado relevante sobre a participação dos profissionais foi o não comparecimento dos médicos, que totalizam seis psiquiatras e aproximadamente cinco residentes em psiquiatria.

Em todas as oficinas realizadas, a maioria dos profissionais mostraram-se sensíveis a discutir e problematizar as questões de saúde mental e população LGBTQIAPN+. Identificamos a existência de pessoas LGBTQIAPN+ com demandas de saúde mental sendo cuidadas nesses serviços e a percepção dos profissionais para o acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde mental é tida como fragilizada, porém outras fragilidades no campo do cuidado foram identificadas.

A ideia de um cuidado igualitário foi encontrada em todos os espaços, contrapondo a efetivação do princípio da equidade (BRASIL, 1990), que por sua vez possibilitaria um atendimento diferenciado, levando em consideração as particularidades da população LGBTQIAPN+, assim como as questões de orientação sexual e gênero como determinantes sociais da saúde<sup>8</sup>.

Outra questão é que nos grupos não se discute temática voltada à orientação sexual e identidade de gênero, assim como nas fichas de triagem não existem espaços para essas questões, e quando há, de forma discreta, não é preenchida pelos profissionais. A análise que se apresenta nesse contexto é o descumprimento do princípio da Integralidade (BRASIL, 1990), que permitiria levar em consideração a orientação sexual e identidade de gênero como componentes importantes para o processo de qualidade de vida das pessoas.

A falta de manejo, constrangimento e entendimento de orientação sexual como algo puramente privado, secreto e individual também parece permanecer nas práticas em saúde, acompanhada pela falta de informação e educação permanente para o cuidado das pessoas LGBTQIAPN+ com alguma questão em saúde mental.

Detomini (2016) compreende que as vivências de sexualidade nos serviços de saúde mental estão pautadas na falta de informação e preconceito dos trabalhadores desses serviços, na qual a sexualidade é resumida a sintomas e essas pessoas perdem suas características de seres sexuais, sendo reduzidas à “doentes mentais”.

As famílias dos usuários LGBTQIAPN+, citados na pesquisa, não se cooresponsabilizam com os CAPS, pois não costumam acompanhar os usuários ao serviço. Diante de todas as

questões levantadas os profissionais demonstram entender as fragilidades e a importância da educação permanente para a geração da efetivação dos princípios do SUS e do combate ao preconceito nele.

## DISCUSSÕES

A primeira oficina aconteceu no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil, com nove profissionais. O CAPS IJ de Iguatu foi fundado no ano de 2005, sendo o primeiro CAPS infantil do estado de Ceará, cobrindo a 18ª regional de saúde, a qual Iguatu é sede, e tem como principal objetivo oferecer cuidado e atendimentos de base territorial e comunitária ao público infanto-juvenil (CAMPOS, 2016)

Na oficina, muito se discutiu sobre a questão da saúde mental da população LGBTQIAPN+ a partir das situações vivenciadas no serviço, entendendo que está previsto na Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, como um de seus objetivos, a oferta de atenção e cuidado à saúde de adolescentes LGBTQIAPN+, ressaltando e especificando essa fase do desenvolvimento de forma singular, reconhecendo e afirmando suas particularidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A primeira situação trata de um adolescente de 14 anos que “se vê como mulher e para chamar a atenção ele chega na recepção e abre um leque desse tamanho e coloca batom”, cita uma participante, que complementa que a família desconhece ou negligencia essas questões e o adolescente se nega a conversar com seus pais sobre isso, “ele está começando a mudar a aparência, mas ela (a mãe) não aceita” continua a mesma participante. Outra participante que também acompanha a situação, relata que o adolescente já até falou que preferia que a mãe morresse, complementando que ele também “já falou em ideação suicida”.

Nesse discurso três enunciados nos chamam atenção: a fala da profissional ao dizer que o adolescente faz para chamar a atenção, sem levar em consideração a sua própria construção de identidade que pode não ser cisgênero; a negação da família, nos levando a pensar em um grande sofrimento dos pais; e o adolescente que inclusive até já pensou em suicídio como forma de resolução desse sofrimento.

A Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) apresenta o suicídio como problemática real dessa população. Pesquisas colocam que os números sobre suicídio de adolescentes homossexuais são elevados. Teixeira Filho (2012) ao citar pesquisa de D’Augelli traz o dado que pessoas homossexuais jovens têm duas a três vezes maior probabilidade de cometer suicídio, podendo ser contabilizado aproximadamente 30% dos suicídios entre jovens.

Outros casos são apresentados, uma criança de 8 anos, que, cita uma participante, “tudo dele é afeminado, gostos comumente associado às meninas, brincadeiras, as cores”, e de uma criança de quase 9 anos de idade, “ele é mais discreto”, complementando que suas questões estão mais visíveis na sua delicadeza, “ele só quer desenhar bonecas, borboletas, flores”. Nos dois casos os profissionais já notam uma repressão dos pais aos comportamentos e colocam que “o pai sempre reage a esses comportamentos o castrando, fala, para com isso, cortando ele”.

Assim percebe-se claramente as questões de construção de gênero e seus papéis sociais interferindo nas relações e causando sofrimentos e dúvidas nas crianças, que percebem, segundo os profissionais, que o que elas gostam de fazer ou brincar repercutem de forma constrangedora ou entristecedora para seus pais.

Outra trabalhadora relata que fez duas triagens nas quais um paciente era um rapaz homossexual de 17 anos e outra uma menina, de 15 anos, também homossexual, “ela se veste como menino” complementando, “as falas são bem parecidas, sempre dizem que não queriam ser assim, se fosse para escolher era algo que eles não queriam, porque seria muito mais fácil enveredar pelo comum, o que é dito como normal”,

Outra profissional relata que “a menina, que é um menino” sempre fala, chorando, que se sente triste por saber que decepciona os pais, frisa sobre as expectativas criadas pelos pais com os filhos, dizendo ser algo negativo, porém a adolescente diz “eu sou assim”, a profissional complementa que quando chamam na recepção “fulana de tal, um nome feminino” e se apresenta um menino, chama a atenção os olhares das outras pessoas.

Parece que sustentar, a partir do relato, sua identidade, mesmo indo contra as expectativas dos pais, é um sofrimento sem tamanho, nos levando a pensar em

LGBTQIAPN+fobia internalizada e no CAPS assumindo esse espaço de fala daquilo que não se discute em casa ou na escola.

Para além dos danos externos, causados pelas violências para com as pessoas LGBTQIAPN+, a cisheteronormatividade, determina uma atitude inconsciente de repulsa, internalizada de forma não intencional, ou seja, age como dispositivo de controle promovendo uma percepção negativa sobre as identidades LGBTQIAPN+ que Teixeira Filho (2012) denomina de homofobia internalizada, aqui chamaremos de LGBTQIAPN+fobia internalizada, com o intuito de ampliação das representações das identidades.

Sobre a discussão da LGBTQIAPN+fobia internalizada, os participantes citam um caso atendido pela psicologia no qual a dificuldade de aceitação do paciente é motivada por ele ser filho único, “a maior rejeição vem da própria mãe” que relata que “era melhor ele ter morrido, que seria a maior decepção da vida dela”, complementando que essa é a reação mais comum de uma mãe, que acontece muito no serviço quando se trata de diversidade ou de deficiência.

Assim, os profissionais apresentam sua percepção sobre a saúde mental das pessoas LGBTQIAPN+, “deve ser um terror, deve ser angustiante, não gosto nem de pensar”, “alguns querem mostrar uma coisa que você não é, é muito difícil!”, “você querer estar com uma pessoa e ter que ficar com mulher, como é que fica?”. É aceito pelo grupo que ser LGBT na atualidade, mesmo com todos os avanços, ainda é muito sofrido e adoecedor. Eles acreditam que o preconceito é construído e o combate se faz desde a infância e que é na educação que se forma uma visão ampliada de mundo.

Outro ponto debatido foi a dificuldade nas práticas de intervenção, visto que o grupo compartilha suas dúvidas e anseios. A novidade de se conversar sobre esses assuntos no serviço fica clara: “estou adorando esse momento, por mais momentos assim”.

Um participante coloca sua angustia em não saber como agir em situações como a que aconteceu na brinquedoteca da recepção do CAPS, na qual um menino brincou com uma boneca e seu pai falou “não pode brincar com esse aí não, pegue o carrinho.”, outra profissional relata que “já vi muito isso aqui!”, complementando que “até para pintar a criança fala que o pai orientou que rosa não é cor de homem!”, o profissional retoma a história iniciada e diz: “eu não me senti autorizado, eu não me permiti fazer uma intervenção, foi uma coisa omissa.”

Para além da educação permanente dos profissionais sobre os temas gênero e sexualidade, outras questões interferem no atendimento às pessoas LGBTQIAPN+ no CAPS IJ, como melhor “condição de trabalho”, para se ter um olhar diferenciado para a família, no sentido do acolhimento e orientação, ressaltando também como prioridade, momentos de sala de espera que abordem a temática diversidade e preconceitos, o que nunca aconteceu, não levando em consideração o preconizado na Política de Saúde LGBT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Além disso, o fator infraestrutura dificulta o bom atendimento dessas pessoas, como por exemplo a acústica das salas e os poucos espaços de atendimento individual, o que dificulta sigilo no atendimento e faz com que os pacientes não se sintam confortáveis, pois as portas não possuem trancas, inclusive existem interrupções nos atendimentos por essa questão.

Quanto à vivência de gênero e sexualidade é importante um trabalho em rede eficiente, que se comunique, como por exemplo nos casos de bullying, “como dialogar?” questiona a participante, “a gente vai por conta própria ou nada acontece” complementa, concluindo que a própria estrutura e organização do serviço não possibilita sua expansão.

Os profissionais relatam de maneira contundente que as pessoas LGBTQIAPN+ são tratadas com respeito no serviço, “pelo menos pelos profissionais” e reconhecem a importância do conhecimento e da intervenção nas vivências de gênero e orientação sexual no serviço e de se construir um SUS baseado no respeito às diversidades.

No CAPS AD participaram sete trabalhadores. Este serviço foi fundado em maio de 2003 e presta assistência, desde então, às pessoas que fazem o uso problemático de substâncias psicoativas em consonância com a Política de Redução de Danos (CAMPOS, 2016).

Assim como todos os outros serviços recebe demandas envolvendo as LGBTQIAPN+, “a gente atende aproximadamente 16 pacientes por turno no dia do médico, (...) uns 3 que a gente sabe, tirando os que não se identificam”. Os participantes entendem que o acesso ao CAPS, na maioria das vezes é sofrido, “então eu acho que de certa forma, apesar dos avanços, o preconceito dificulta, no sentido de chegar ao serviço, do acesso a ele”.

Esse entendimento fica ainda mais evidente quando uma participante fala sobre os preconceitos interferindo no cuidado “a questão do cuidado, as vezes fica um pouco

complicada, por conta do preconceito que existe, então a pessoa se sente presa ao falar, compromete o cuidado em saúde mental”.

Nesse sentido os profissionais apresentam de forma simples a noção de que a LGBTQIAPN+fobia, interfere diretamente no processo de busca pelo serviço de saúde mental, tendo o entendimento que as vivências de orientação sexual e de diversidade de gênero cercadas pelo preconceito e exclusão são determinantes sociais da saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 1986).

Evidencia-se uma contradição quando os mesmos profissionais que afirmam entender as questões específicas da população LGBTQIAPN+ comentam a forma igualitária de acolher e atender essas pessoas, “aqui no CAPS AD não temos diferenciação, tentando acolher todo mundo da mesma forma”, outra participante complementa que “não deveria haver essa distinção em atendimentos”.

Assim, fica inviável atender às pessoas e populações de acordo com suas necessidades, afinal, o princípio da equidade (BRASIL, 1990) prevê atenção maior a quem mais precisa e menor a quem requer um cuidado menor, a distinção e diferenciação precisam ser feitas para se alcançar a equidade (BRASIL, 1990).

Outra fala expressa bem isso, “mas eu acho que nem deveria haver essa distinção no atendimento”, quando não se diferencia as abordagens de atendimento e cuidado não se reconhece as diferenças das situações de saúde e das necessidades do usuário, considerando que para que se efetive o direito à saúde é imprescindível a percepção das diferenciações sociais, levando em consideração a diversidade, reduzindo assim as repercussões e impactos dos determinantes de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O reconhecimento do princípio de equidade (BRASIL, 1990) nos permite visualizar que uma pessoa heterossexual e cisgênero não encontra as mesmas dificuldades para acessar os serviços de saúde se comparadas às LGBTQIAPN+. Usar de equidade é usar de justiça, tratar os iguais de maneira igual e os desiguais de maneira desigual na medida de sua desigualdade, o que parece ser mal compreendido entre os profissionais desse serviço. A política nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais apresenta a ideia de instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Ao chegar nas dificuldades do acesso e do cuidado por conta dos estigmas, os participantes relatam e concordam que para se chegar ao serviço do CAPS AD as pessoas LGBTQIAPN+ enfrentam no mínimo três estigmas, o de usuário de drogas, o preconceito para com a sexualidade e diversidade de gênero e o fato de serem usuários do CAPS, “talvez se nós conseguíssemos fazer um trabalho mais externo, facilitaria, pois, muita gente não chega ao serviço pensando que aqui também ela vai ser marginalizada” cita um dos trabalhadores da saúde mental.

Essa diligência em gerar um maior acesso também é uma preocupação da política nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), quando em seus objetivos específicos apresenta a ideia de ampliar o acesso da população LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde do SUS.

Segundo os participantes a questão problemática é o acesso e não o cuidado realizado no serviço, esse entendimento fica claro na fala “eu não vejo discriminação aqui por nenhuma classe, aqui todos são atendidos normalmente, é bem acolhido”, outro coloca que “antigamente existia uma certa brincadeira, uma piada” comparando com o hoje, “hoje está uma coisa tão conversada que eu não percebo nem piada ou brincadeira”, porém a LGBTQIAPN+fobia não se manifesta somente em “piadas ou brincadeiras”, assim, as questões de gênero e sexualidade parecem estar visibilizadas nas práticas do serviço.

Partindo do entendimento de saúde com acesso universal, uma participante, que atua na recepção, relata sobre a chegada das pessoas LGBTQIAPN+, colocando que é no preenchimento da ficha inicial de atendimento, que implicitamente falam sobre sexualidade, quando tocado no assunto “acompanhante” os pacientes LGBTQIAPN+ costumam se identificar.

Outra profissional, ao comentar sobre as mudanças no serviço, relata que trabalha no equipamento há seis anos, e que a questão do acolhimento na recepção já foi motivo de muita conversa e pauta nas reuniões de serviço, “incomodava muito!”, pelo não saber lidar com as diversidades “a forma de como tratar essas pessoas, não só a questão do gênero, mas também a questão do estado civil.”, complementa que ao chegar no serviço, teve muita dificuldade em saber abordar “eu perguntei pelo namorado e ela me corrigiu, é uma namorada!”.

O fato da dificuldade no cuidado, evidencia que pode haver uma deficiência na formação de graduação dos profissionais da saúde para que possam entender a demanda da diversidade. A mesma participante complementa que aprendeu em sua prática, por conta própria, “isso realmente me impactou”, “hoje nos acolhimentos eu pergunto, está em algum relacionamento? (...) eu mudei minha postura”.

A falta de informação é explicitada nos discursos dos profissionais, “eu conheço o homofóbico, mas o que é o transfóbico?”, “eu não entendo muito desses conceitos, acho desnecessário, é tantos termos, é tanta coisa, eu acho que no caso da diversidade é respeitar”, continuando que “eu não sei a diferença do homofóbico para o transfóbico e nem quero saber, eu só procuro respeitar sempre e me melhorar”.

Para além da formação estritamente acadêmica, foram observadas também deficiências na educação permanente desses profissionais, o grupo relata sentir dificuldade de abordar ou manejar atendimentos por falta de prática no cuidado da população LGBTQIAPN+. Em outro momento, os profissionais dizem claramente que não possuem subsídios para levar uma conversa argumentando em defesa das LGBTQIAPN+.

Ainda sobre a formação, outro participante comenta que no serviço toda a evolução aconteceu sem intervenções específicas “aqui no serviço todo mundo aprendeu na tora, não tivemos capacitação para o atendimento”. Os profissionais complementaram que seria importante trazer mais para dentro do serviço essa discussão, que existe uma possível “zona de conforto”, que os debates são poucos por não serem identificados muitos preconceitos dentro do serviço.

Contudo, vale salientar que o Ministério da Saúde através da UNASUS oferece curso específico tratando da saúde da população LGBTQIAPN+, disponibilizado gratuitamente para profissionais e estudantes.

Sobre o nome social um dos participantes relata que “a gente coloca uma observação no prontuário”, nesse momento comentam sobre uma situação que aconteceu na recepção: um dos profissionais ao chamar uma pessoa para atendimento, chamou-a pelo nome civil, não tendo identificado o nome social que estava em observação no prontuário, quando a pessoa o atendeu, um dos profissionais da recepção pontuou que “Ele gosta de ser chamado

pelo nome social”, ele era ela, e então o trabalhador que a atendeu se desculpou e resolveu a situação.

Então fica evidente que não existe um espaço específico para o nome social na ficha inicial, ele é colocado como uma observação, levando os profissionais a uma confusão de nomes, como citado no exemplo acima, porém também se observa uma grande abertura dos profissionais em gerar espaço de acolhimento em toda a passagem do usuário dentro do serviço.

Ao refletirem sobre suas práticas os participantes chegam a conclusão que “na nossa triagem não tem nenhuma pergunta específica”, sobre orientação sexual e diversidade de gênero, confirmando o desconhecimento dos profissionais para com a Política de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que preconiza o monitoramento, a avaliação e a difusão de indicadores da saúde e dos serviços para a população LGBT. Se não são feitos registros, não há dados e tampouco monitoramento e avaliação, essa política ainda apresenta como diretriz a difusão das informações pertinentes ao acesso e à qualidade da atenção.

Uma participante tenta justificar a ausência do conteúdo específico de gênero e sexualidade na triagem colocando que “quando a gente pergunta sobre o núcleo familiar, nesse momento eles costumam falar, com minha companheira, com meu companheiro, então, ali a gente consegue identificar o tipo de relação que existe”.

Nesse caso a identificação é feita de forma implícita, sugerindo que as questões de sexualidade na saúde devem ser tratadas como segredo, prevalecendo os tabus. Outra participante complementa a fala e coloca que “nessas perguntas eles dizem”, confirmando que não existem perguntas específicas sobre orientação sexual e gênero na triagem.

Outra fala elucida a desvalorização e a falta de direcionamentos para assuntos sobre sexualidade na triagem “muitas vezes os p’acientes chegam ali para fazer uma triagem, a gente deixa bem aberto na hora do acolhimento e eles quem falam da própria sexualidade”. Neste caso, se os usuários não falarem sobre as suas demandas ou informações sobre sexualidade, o profissional da triagem também não faz questionamentos sobre.

Ainda sobre a triagem, outra participante relata que “a única coisa que pergunta é sobre se a pessoa tem alguma DST e se tem vida sexual ativa” que nem sempre é preenchido,

sendo assim, é ressaltada a importância de levar em consideração o conceito amplo de saúde e sexualidade apresentados pela OMS, se fazendo necessário uma coleta de informações mais aprofundada na triagem, não se limitando apenas às questões biológicas, de reprodução ou patológicas.

No tocante à abordagem dessas temáticas nos grupos do serviço, uma das trabalhadoras relata que tentou resgatar na memória momentos em que as questões de gênero e sexualidade foram discutidas nesses grupos e espaços coletivos com os usuários, a conclusão é que “eu não estou recordando, por ser algo tão natural, não é preciso a gente trazer um assunto para discutir, mas talvez seja interessante”.

Alguns participantes reproduzem um discurso conhecido e interpretado como preconceituoso, como a ideia do preconceito reverso, pessoas LGBTQIAPN+ intolerantes às pessoas heterossexuais, a ideia de vitimismo das pessoas LGBTQIAPN+, “as vezes é vitimismo” e a rotulação política das sexualidades como “desnecessárias”, compreensões conhecidas e reproduzidas na oficina.

Uma profissional comenta que já ouviu a expressão “socabosta”, se referindo a uma pessoa bissexual, vinda de um assistente social trabalhador da saúde mental, outra comenta que “as vezes a gente escuta certas coisas dos profissionais de saúde mental que a gente fica besta”, discurso que pode ser relacionando com outra fala “já se respeita muita coisa, mas para ser aceita em todos os espaços ainda tem chão pela frente”.

Um assunto fundamental abordado pelos participantes é sobre a dificuldade do cuidado integral em rede, lembrando que a política de saúde insiste na qualificação da rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBTQIAPN+.

Sobre isso uma participante comenta que para além da dificuldade do olhar integral (BRASIL, 1990) que leva em consideração a sexualidade e o gênero como componentes da identidade, existe uma dificuldade generalizada de se compreender o paciente da saúde mental, como usuário de uma rede de saúde, como se essa pessoa fosse imune a outros tipos de adoecimento.

Essas questões ficam claras na fala “nós da saúde mental trabalhamos com um público tão fragilizado, que sofrem mais, que não têm acessibilidade, tipo, é paciente do CAPS e não

pode ter problemas de hipertensão, diabetes, de precisar ir no dentista”, concluindo que “isso acontece tanto que a gente já se sensibiliza”, expressando o sentimento da maioria, da esperança de mudanças significativas no serviço, “a ideia de se pôr no lugar do outro, de pensar de como nós gostaríamos de ser atendido”.

A oficina do CAPS geral e Residência Terapêutica, aconteceu com a participação de onze profissionais, todos do CAPS III. O equipamento foi fundado no ano de 1991 e em 2006 foi habilitado para a modalidade III, realiza atendimento aos dez municípios da 18ª Microrregional de saúde, colocando-se como modelo alternativo de internação psiquiátrica, funcionando 24 horas (CAMPOS, 2016).

A primeira temática abordada pelos profissionais foi o entendimento sobre a saúde mental da população LGBTQIAPN+. Vários participantes comentaram que é um grupo vulnerável para o adoecimento mental, “nós temos um público muito vulnerável”, justificado pela marginalização, exclusão e preconceito, tendo um bom entendimento sobre gênero e orientação sexual como determinantes da saúde, complementando que o serviço recebe um número significativo de LGBTQIAPN+.

Nesse sentido de entender a população LGBTQIAPN+ como vulnerável, o grupo tenta traçar um perfil do usuário LGBTQIAPN+ do CAPS III, são pacientes com demandas específicas”, complementando a afirmação, “principalmente quando se desrespeita gays, lésbicas, LGBT em geral, por conta do preconceito, do medo de morrer, por conta da aceitação dos pais”.

Outra participante relata que o que resta para essa população é o adoecimento, dentro e fora do armário, e ainda um duplo estigma de ser LGBTQIAPN+ e ser usuário do serviço de saúde mental. Mais uma vez a ideia de um duplo estigma se apresenta nos discursos dos participantes, o que se relaciona com a ideia apresentada por Detomini (2016).

Esses pacientes geralmente chegam ao serviço sozinhos ou com amigos, dificilmente com seus familiares, “geralmente eles vêm com amigos”, outra profissional confirma, que os familiares as vezes aparecem no serviço, “mas não é sempre não, na maioria das vezes não vem”. Ainda sobre o perfil, uma das participantes afirma que:

“Nosso público tem recorte de renda, tem recorte de cor, a gente sabe quais os principais bairros, a gente sabe quem é o nosso público, não estamos falando da alta

sociedade Iguatuense, essas pessoas não conseguem se inserir no mercado de trabalho.”

A participante continua, “do público que eu atendi a faixa etária é de jovens e não são acompanhados pelos pais”, complementando que “além do adoecimento mental tem a questão do preconceito, desses lugares invisíveis que eles ocupam, de serem marginalizados, é um duplo adoecimento, é todo um conjunto de não acesso”.

A mesma profissional complementa que é importante a afirmação do espaço das pessoas LGBTQIAPN+, explicando que esse é um espaço político, “é como você diz, nunca se matou tantas LGBTQIAPN+, o Brasil é o país que mais mata no mundo, mas é porque as pessoas começaram a viver espaços de liberdade para ser quem elas eram, começaram a sair mais do armário.”, complementando que “delimitar esse espaço é muito importante, colocar a cara na rua é muito importante, estar nos lugares é muito importante”, “é importante dizer que vocês existem!”.

Uma demanda da população LGBTQIAPN+, identificada pelo grupo, é o comportamento suicida, “por não ser aceita pela família, no mercado de trabalho pode existir uma tendência de se suicidar”, o que se confirma com a literatura que apresenta a questão das populações específicas, como a LGBTQIAPN+, como fatores de risco para o suicídio (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2014), sem contar as questões de LGBTQIAPN+fobia internalizada (PONTES, SOUZA, FRAGA, 1995) e as dificuldades do acesso aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Sobre as questões de suicídio outra participante complementa:

“Ele é suicidado, por que é excluído de todos os espaços (...) dificilmente você encontra um transgênero no shopping, no mercado de trabalho, nas universidades, em outros espaços, nesse processo de exclusão são colocados para outros lugares sociais, vender seu corpo, não todos obviamente, mas é um público que é suicidado por que não encontra acolhimento em outros espaços.”

No que se refere as vivências dentro do serviço, o grupo acredita que no CAPS III não existe distinção ao atender as pessoas, que todos são bem tratados, “eu percebo as pessoas LGBTQIAPN+ a vontade dentro do serviço”, nessa oficina a questão do atendimento equânime (BRASIL, 1990) parece ser relatado de forma fragilizada, os participantes parecem não

entender que para uma demanda específica se deve ter um acolhimento e cuidado específico, como já discutido.

Outra participante relata que só conversa sobre sexualidade com os usuários quando os mesmos dão a abertura necessária para isso, “é um assunto tão particular, só converso quando eles sinalizam”, talvez o entendimento por parte dos profissionais de sexualidade e gênero como determinantes da saúde ainda não seja sólido, isso se torna claro no questionamento de uma participante sobre a importância de se abordar essas questões na triagem como algo específico, “mas por que deveria ter?”.

Esse questionamento se relaciona com a seguinte justificativa, “não tem necessidade de eu dizer sou gay, eu sou lésbica”, complementando “é igual uma pessoa chegar e dizer, eu sou hétero, ninguém diz”, usando de comparação entre as vivências das pessoas LGBTQIAPN+ com as heterossexuais.

Com relação à ficha de triagem, essa possui um item chamado sexualidade, que fica a critério do profissional da triagem colocar aspectos gerais sobre a sexualidade do triado ou marcar com um x o gênero, que só é representado no masculino e feminino, não tocando no assunto de orientação sexual. A profissional responsável por fazer o Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde - RAAS comenta que geralmente esses itens não são preenchidos pelos profissionais.

Nesse sentido uma participante relata a falta de manejo e constrangimento em abordar sexualidade, “as vezes eu sinto invadindo, constrangendo”, nesse sentido fica claro que as questões pessoais de muitos profissionais interferem em suas práticas.

Na recepção e sala de espera os pacientes conhecidos como LGBTQIAPN+ são percebidos como tristes e envergonhados, “quando eu passo vejo alguns de cabeça baixa na recepção”, outra pontua: “percebo algum isolamento na sala de espera, com relação paciente para paciente”. Outro diz: “a gente que fica nos plantões escuta muitas histórias, eles contam muitas coisas, acho que pelo maior contato”, relatando vinculação de alguns usuários com os trabalhadores.

Quando tratado sobre o nome social, um dos participantes relata que um dos guardas não respeitou o nome social de um dos usuários, “dialogar é muito complicado”, “esses tipos de situações acontecem raramente”, nos provando que a educação permanente tem que

acontecer com a participação de todos os profissionais em sua diversidade de funções, todos convivem com as pessoas LGBTQIAPN+ no serviço.

Sobre a propriedade dos participantes sobre a temática LGBTQIAPN+, fica evidente que existe falta de informação sobre essas questões, ou seja, a falta de uma educação permanente em saúde sólida, “uma pessoa pode ser afeminada e não ser gay?”.

Um participante pergunta, “no caso da homofobia, é um transtorno, né?”, nesse sentido foi percebido em toda a oficina grande influência do saber clínico, em sua maioria psiquiátrico e nosológico, “não gosta de gay é porque é gay”, entendendo a LGBTfobia como projeção, apenas em um viés clínico psiquiátrico ou psicanalítico, sem levar em consideração a construção histórica e social da LGBTQIAPN+fobia, assim, uma participante coloca que “o saber médico a gente sabe que é hegemônico, aqui dentro, no mundo.”

Uma profissional opina: “eu acho que pelo patriarcado, a necessidade da afirmação da masculinidade é muito forte, são elementos que contribuem para esse adoecimento”, afirmando que “dependendo do local, de quem é a pessoa, da estrutura familiar, da história de vida todos esses elementos vão impactar na forma de como ele se sente”.

Sobre a abordagem dessas temáticas nos grupos e salas de espera, os profissionais relatam que não trabalham isso nos grupos e a oficina é encerrada com a seguinte fala disparadora, “realmente nós profissionais invisibilizamos mesmo as questões de sexualidade”.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da delimitação do objetivo dessa pesquisa, foi identificado que as interferências das questões de diversidade de gênero e orientação sexual repercutem influenciando as práticas do cuidado e o acesso da população LGBTQIAPN+ aos serviços de saúde mental do município de Iguatu.

Conclui-se que, não se diferenciando da literatura pesquisada, o acesso dessa população acontece de forma precarizada pela LGBTQIAPN+fobia, que se expressa nas questões sociais e é internalizada, agindo interna e externamente, além do duplo estigma

encontrado sobre as pessoas LGBTQIAPN+ e tidas como “loucas”, usuárias do CAPS. Nesse sentido, entende-se que a universalidade acontece de forma fragilizada.

Quando as pessoas conseguem romper as barreiras do acesso e se tornar usuárias dos serviços especializados em saúde mental, encontram um serviço despreparado para lidar com as questões de gênero, mais especificadamente sobre as pessoas travestis e transexuais e de sexualidade, além dos aspectos organizacionais, do pessoal e de infraestrutura física, colocados pelos participantes, como a falta ou o pouco investimento público nesses equipamentos.

Essas limitações materializam-se: no desconhecimento do princípio da equidade, pois se atende de forma igual, não visualizando as necessidades específicas da população LGBTQIAPN+; da integralidade, não levando em consideração em suas triagens, grupos e outros atendimentos as questões de gênero e sexualidade, sendo que olhar para o usuário na perspectiva da integralidade é levar em consideração sua subjetividade, orientação sexual e gênero como geradores de saúde; do controle social, não sendo citado pelos profissionais a existência dos conselhos locais dos serviços ou o conselho municipal de saúde e muito menos a participação das pessoas LGBTQIAPN+ neles.

Outra deficiência se apresenta na questão da Educação Permanente em Saúde, os profissionais trazem diversas dúvidas sobre os conceitos e manejos para melhor cuidar da população LGBTQIAPN+, em muitos momentos entendendo a sexualidade como algo do campo do privado, do secreto e individual, não a concebendo como determinante da saúde, sendo relatado pelos participantes que aquele era um dos primeiros momentos a se discutir sexualidade, com foco na população LGBTQIAPN+, na história daqueles serviços.

Nesse sentido, conclui-se também que as questões pessoais dos profissionais interferem no cuidado das pessoas LGBTQIAPN+, para além do desconhecimento e da falta de informação e formação, alguns participantes demonstraram-se intolerantes ao discutir, participar e aprender novos conhecimentos sobre.

Vale ressaltar que a não participação dos profissionais médicos psiquiatras nos faz levantar inúmeras hipóteses, porém a grande maioria dos outros profissionais da equipe se colocaram abertos a problematizar e construir um espaço de saúde com menos exclusão e preconceito.

Assim entende-se que o cuidado também é fragilizado e que a análise dessas interferências que o enfraquecem é no sentido de gerar um espaço de saúde mental politizado, humanizado e acolhedor, entendendo o SUS como verdadeiramente universal, integral e equânime, sendo isso sinônimo de qualidade de vida para as populações em geral e vida para as pessoas LGBTQIAPN+.

Por fim, a política de saúde no Brasil é eficiente ao prever em seu arcabouço legal a efetivação do acesso e do cuidado às pessoas que estão em vulnerabilidade, como a população LGBTQIAPN+, porém, é falha e insuficiente ao executá-la.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: Informando para prevenir. Brasília, DF; 2014.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União 2001; 09 abr.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.
- BUSS PM, PELLEGRINI FILHO A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007;17(1):77-93.
- CAMPOS, MR. **Um convite para construir redes: Integralidade na atenção psicossocial com crianças e adolescentes em Iguatu.** Iguatu: Secretaria Municipal de Iguatu; 2016.
- Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2010.
- DEJOURS C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional.* 1986;14(54);7-11.
- DETOMINI VC, RASERA EF, PERES RS. Sexualidade e saúde mental: vivências, serviços e estigmas. *Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo.* 2016;17(2);81-95.
- EGYTO AC. **Orientação sexual na escola: um projeto apaixonante.** 2.ed. São Paulo: Cortez Editora; 2003.
- FOUCAULT M. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 24. ed. São Paulo: Edições Loyola; 1996.
- FOUCAULT M. **História da Sexualidade :** a vontade de Saber. São Paulo: Graal, 2010.
- FREUD S. **Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros Trabalhos.** 1901-1905. Rio de Janeiro: Imago Editora; 2006. (Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).
- GIL AC. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas; 2007.

IGUATU. Lei Orgânica Municipal, de 05 de abril de 1990. [acesso em 15 jun. 2018]. Disponível em: <http://itarget.com.br/newclients/iguatu2013.ce.gov.br/legislacao-municipal/>.

LOURO GL. **Gênero, sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis – RJ: Vozes; 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília; 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatite Virais. Adolescentes e jovens para a educação em pares: Diversidade Sexual – Séries manuais. **Biblioteca Virtual em Saúde**. 2009; 1(69):1-66.

PONTES PAR, SOUZA AMA, FRAGA MNO. Reforma psiquiátrica no Ceará: Tópicos de caracterização dos novos serviços. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 1995;48(3):297-303.

ROCHA ML, AGUIAR KF. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. 2003;23(4):63-77.

SILVA LLS, LEITE JUNIOR FF. Homofobia na escola: problematizando gênero e sexualidade entre estudantes do ensino médio. **Caderno de Gênero e Sexualidade** 2016;02:30-37.

TEIXEIRA FILHO FS, RONDINI CA. Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. **Saúde soc.** [online]. 2012;21(3); 651-667.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).