

Compreensões hermenêuticas sobre as vulnerabilidades femininas pertencentes ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais



Hermeneutic comprehensions on female vulnerabilities belonging to the collective of lesbians, bisexuals and transexuals

Entendimientos hermenéuticos sobre las vulnerabilidades femeninas que pertenecen al colectivo de lesbianas, bissexuales y transexuales

Myllena Ferreira Peixoto^a

Vander Monteiro da Conceição^b

Silvio Eder Dias da Silva^c

Manoel Antônio dos Santos^d

Lucila Castanheira Nascimento^e

Jeferson Santos Araújo^b

Como citar este artigo:

Peixoto MF, Conceição VM, Silva SED, Santos MA, Nascimento LC, Araújo JS. Compreensões hermenêuticas sobre as vulnerabilidades femininas pertencentes ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200133. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200133>

RESUMO

Objetivo: Desvelar a compreensão de mulheres e profissionais de saúde acerca da vulnerabilidade feminina pertencente ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais.

Método: Pesquisa qualitativa, realizada no período de outubro de 2018 a março de 2019, em uma Unidade Básica de Saúde localizada em Marabá - Pará, com o emprego do círculo hermenêutico-dialético e da análise hermenêutica indutiva. Participaram, por meio de entrevistas, cinco mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais e cinco profissionais de saúde.

Resultados: A assistência em saúde às mulheres, como descrita pelos participantes, promoveu vulnerabilidades sociais e programáticas estruturadas por tabus e preconceitos, que endossaram comportamentos profissionais excludentes na oferta de cuidados específicos, os quais consequentemente amplificaram riscos e ameaçaram a qualidade de vida dessa população.

Conclusão: A divulgação dessas evidências configura-se como um indicador para subsidiar decisões futuras quanto a prioridades, aplicação de recursos e treinamento profissional na atenção às mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais.

Palavras-chave: Minorias sexuais e de gênero. Mulheres. Vulnerabilidade em saúde. Política pública. Pessoal de saúde.

ABSTRACT

Objective: To reveal the comprehension of women and health professionals about the feminine vulnerability belonging to the collective of lesbians, bisexuals, and transsexuals' women.

Method: Qualitative research, carried out from October 2018 to March 2019, in a Basic Health Unit located in Marabá - Pará, Brazil, using the hermeneutic-dialectic circle and inductive hermeneutic analysis. Five lesbians, bisexuals, and transsexuals' women and five health professionals participated, through interviews.

Results: Health care for women, as described by the participants, promoted social and programmatic vulnerabilities structured by taboos and preconception, which endorsed exclusive professional behaviors in the provision of specific care, which consequently amplified risks and threatened the quality of life of this population.

Conclusion: The dissemination of this evidence is configured as an indicator to support future decisions regarding priorities, application of resources and professional training in the care of lesbians, bisexuals and transsexuals' women.

Keywords: Sexual and gender minorities. Women. Health vulnerability. Public policy. Health personnel.

RESUMEN

Objetivo: Revelar la comprensión de las mujeres y los profesionales de la salud sobre la vulnerabilidad femenina perteneciente al colectivo de lesbianas, bissexuales y transexuales.

Método: Investigación cualitativa, realizada entre octubre de 2018 y marzo de 2019, en una Unidad Básica de Salud ubicada en Marabá - Pará, utilizando el círculo hermenéutico-dialéctico y el análisis hermenéutico inductivo. Participaron cinco mujeres LBT y cinco profesionales de la salud, a través de entrevistas.

Resultados: La atención médica para las mujeres, según lo descrito por los participantes, promovió vulnerabilidades sociales y programáticas estructurado por tabúes y preconcepción, que respaldaron comportamientos profesionales exclusivos en la prestación de atención específica, que en consecuencia amplificaron los riesgos y amenazaron la calidad de vida de esta población.

Conclusión: La difusión de esta evidencia está configurada como un indicador para apoyar futuras decisiones con respecto a prioridades, aplicación de recursos y capacitación profesional en el cuidado de mujeres lesbianas, bissexuales y transexuales.

Palabras clave: Minorías sexuales y de género. Mujeres. Vulnerabilidad en salud. Política pública. Personal de salud.

^a Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará (UNIFESSPA), Faculdade de Saúde Coletiva. Marabá, Pará, Brasil.

^b Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Curso de Enfermagem. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

^c Universidade Federal do Pará (UFPA), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Belém, Pará, Brasil.

^d Universidade de São Paulo (USP), Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

^e Universidade de São Paulo (USP), Programa de Pós-Graduação Interunidades, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Em estimativas norte-americanas⁽¹⁾, mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais (LBT) apresentam piores resultados de saúde em relação às heterossexuais. Elas adoecem principalmente devido a problemas relacionados a doenças crônicas, sexualmente transmissíveis, uso abusivo de drogas ilícitas, tabaco, álcool e sofrimento psíquico - especificamente os desencadeados pela violência física na família, no trabalho e em lugares públicos⁽²⁾.

Nos últimos anos, aumentaram as evidências sobre a atenção à saúde dessa população, mas ainda existem muitos caminhos a serem trilhados para o alcance da equidade de gênero no campo da saúde⁽³⁾. A aplicabilidade prática desses conhecimentos fortalece o empoderamento feminino, como a remoção da transexualidade da lista de doenças e distúrbios mentais, o acesso à cirurgia de redesignação sexual e a visibilidade jurídica no campo da saúde⁽²⁻⁴⁾. No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da portaria 2.836, de 1º de dezembro de 2011, instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com o objetivo de promover a saúde integral dessa população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) como universal, integral e equânime⁽⁴⁾.

A política em discussão apresenta-se como um expressivo avanço nos direitos à saúde, pois destaca as vulnerabilidades biológicas de adoecimento enfrentadas pelo grupo e endossa a necessidade de cuidados clínicos prestados pelos profissionais, no combate a agravos e no planejamento de ações estratégicas, uma vez que o acesso à saúde dessa população é marcado por obstáculos que dificultam a inserção plena nos serviços de atenção e cuidado⁽⁴⁾. Contudo, existem lacunas operacionais, principalmente no que concerne à sua implementação, dentre as quais destacam-se as abordagens focadas em vulnerabilidades gerais e nas Infecções Sexualmente Transmissíveis decorrentes das práticas sexuais inseguras. Tais abordagens não valorizam ações e programas a serem executados pelos serviços e pelos profissionais que vislumbram o cuidado integral e sensível às vulnerabilidades e outras questões que vão além do adoecimento do corpo.

As relações estabelecidas entre essas mulheres e os profissionais de saúde exemplificam essa questão, pois, em muitos casos, potencializam vulnerabilidades relacionadas ao acolhimento e ao atendimento, o que contribui para o desencadeamento de processos de sofrimento, adoecimento e morte evitável dessa população⁽⁵⁾. Conhecer as vulnerabilidades presentes nesse processo torna-se um passo fundamental para o fortalecimento das relações de cuidado⁽⁶⁾.

O conceito de vulnerabilidade possui caráter amplo e complexo, que acompanha o próprio conceito de saúde. Trata-se de uma expressão analítica utilizada para designar a atribuição de significados aos fenômenos de saúde, para além das abordagens tradicionais comportamentalistas, uma vez que pode potencializar o êxito das ações clínicas e a resolutividade do cuidado prestado a essa população⁽⁷⁾. Adicionalmente, a vivência da vulnerabilidade relaciona-se a três dimensões: a individual, que diz respeito ao grau de conhecimento específico do sujeito e a suas ações de prevenção quando se encontra em situações de risco; a programática, que concerne aos serviços de saúde e ao poder público em geral, organizações da sociedade civil e iniciativas privadas, e a social, que diz respeito aos fatores sociais que determinam o acesso a serviços, bens, informações, bem como à estrutura econômica, às políticas públicas, às relações de gênero, entre outros⁽⁸⁾.

Revisão integrativa⁽⁹⁾, composta por 41 estudos primários selecionados nas bases PubMed®, Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), analisou a literatura brasileira e internacional publicada no período de 2007 a 2018 sobre a qualidade da assistência à saúde à população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Em seus resultados, corroborou-se que as relações estabelecidas entre os usuários, os profissionais de saúde e as organizações nem sempre são harmônicas, e essa população ainda enfrenta situações de preconceito, violência e discriminação nos sistemas de saúde, colocando-a em uma situação vulnerável. Todavia, essa vulnerabilidade descrita relaciona-se aos determinantes sociais em saúde pertencentes a esse grupo, não sendo evidenciado, nessa revisão, se o conceito de vulnerabilidade repercute nas práticas de promoção da saúde e prevenção de agravos desse grupo.

Na prática da saúde, pesquisadores buscam entender sua realidade a partir de conceitos teóricos e sua aplicabilidade no processo de saúde e doença. Assim, considera-se que é de suma importância identificar e caracterizar as vulnerabilidades⁽⁶⁾ vivenciadas pelas mulheres e profissionais de saúde durante a assistência, a fim de que, posteriormente, seja possível desenvolver ações de cuidado, individuais e coletivas, conforme as necessidades enfrentadas. A utilização de metodologias interpretativas, como a desenvolvida neste estudo, amplia a compreensão do fenômeno vivenciado, uma vez que foca na subjetividade das experiências em profundidade, o que potencializa a aplicabilidade clínica de seus resultados.

Diante dessa problematização, esta pesquisa foi norteadada pela seguinte questão: quais os saberes que as mulheres e os profissionais de saúde apresentam sobre a vulnerabilidade

feminina do coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais? Para responder ao questionamento, objetivou-se desvelar a compreensão de mulheres e profissionais de saúde acerca da vulnerabilidade feminina pertencente ao coletivo de lésbicas, bissexuais e transexuais.

■ MÉTODO

Pesquisa qualitativa, operacionalizada pelo método interpretativo do círculo hermenêutico-dialético (CHD)⁽¹⁰⁾, fundamentada na construção coletiva do conhecimento por meio de quatro etapas: coleta e análise de dados simultânea; identificação dos aspectos essenciais; síntese das informações e condensação e análise dos dados de cada grupo entrevistado. O CHD permite a interação entre aqueles que estão sendo entrevistados e/ou entre os entrevistados e o pesquisador e possibilita que os sujeitos realizem uma construção cíclica do conhecimento, ao interpretar a realidade e dar sentido aos fenômenos vivenciados⁽¹⁰⁾. Ressalta-se que, para a condução desta pesquisa, utilizou-se o *checklist* do *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ)⁽¹¹⁾.

O cenário de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Marabá, no estado do Pará, Brasil, onde 14 profissionais de saúde e 8 mulheres foram convidados para participar de forma não probabilística, por conveniência. A referida unidade foi escolhida devido às características do trabalho que desenvolve na região, oferecendo consultas e acompanhando a execução de políticas públicas e atuando como referência em defesa dos direitos das mulheres LGBT.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão mulheres, que se autoidentificaram integrante do grupo LBT, independentemente do nível de escolaridade e *status* socioeconômico, e utilizavam o serviço público de saúde; profissionais de saúde e secretário, trabalhadores da Atenção Primária à Saúde, que prestavam assistência em saúde a mulheres LBT ou atuavam em gestão de serviços. Após essa etapa, 9 profissionais e 3 mulheres não atenderam aos critérios estabelecidos. Assim, participaram do estudo dois grupos, sendo um constituído por 5 mulheres, e o outro por 5 profissionais de saúde (dentre eles 1 secretário de saúde), distribuídos conforme ilustrado na Figura 1. A participação do secretário de saúde se justifica devido ao seu envolvimento e à sua responsabilidade na definição de estratégias e implementação da política LGBT nos serviços de saúde, como na unidade cenário deste estudo.

A coleta de dados foi realizada pelo pesquisador principal, individualmente com cada participante, no período de outubro de 2018 a março de 2019, por meio de entrevistas em profundidade, guiadas por roteiro de investigação e

registradas em gravações de áudio digital, com duração média de 50 minutos. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em sala privativa nas dependências do serviço de saúde.

O roteiro de investigação continha as seguintes questões para as mulheres: Você se considera uma pessoa vulnerável? Já sofreu algum tipo de complicação/agravo no serviço de saúde? O que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais representa para você? Para os profissionais de saúde, as perguntas foram: você considera as mulheres LGBT vulneráveis? Você utiliza os princípios da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em seu trabalho? Que estratégias e ações voltadas à saúde da população LGBT são desenvolvidas em seu local de trabalho? Destaca-se que, em média, foram realizados de dois a três encontros com cada participante e que, conforme a mulher ou o profissional de saúde apresentava seus depoimentos, outras questões foram formuladas para aprofundamento do fenômeno estudado.

A hermenêutica, como a arte da interpretação, e a dialética, como a arte do diálogo, permitiram que os pesquisadores em campo realizassem um movimento contínuo de idas e vindas à construção e à reconstrução de textos derivados das experiências compartilhadas durante as entrevistas^(10,12).

Conforme ilustrado na Figura 1, o CHD foi manejado seguindo a formação de três círculos concêntricos. No primeiro, os depoentes foram entrevistados e codificados, assegurando-se o anonimato por meio da substituição dos seus nomes reais por fictícios. Para a ilustração gráfica da figura, substituíram-se os nomes fictícios das participantes por códigos alfanuméricos (para as mulheres, M1 para Roberta, M2 para Kátia Flávia, M3 para Thaís, M4 para Ana e M5 para Júlia; para os profissionais de saúde, P1 para Márcia, P2 para Guilherme, P3 para Matias, P4 para Isadora e P5 para Carlos). Posteriormente, no segundo círculo, construíram-se as sínteses fornecidas pelos depoimentos colhidos durante o processo do círculo maior, ou seja, C1 representou a síntese construída por M1/P1 após apresentar seus depoimentos; C2 representou a síntese construída por M2/P2 após apresentar seus depoimentos e ter acesso à síntese C1; sequencialmente, C3 representou a síntese construída por M3/P3 após apresentar seu depoimento e ter acesso à síntese C2 e assim sucessivamente, até o último depoente entrevistado.

Uma vez alcançado o objetivo do estudo, quando nenhuma informação nova foi adicionada aos textos elaborados, realizou-se um último encontro com os depoentes. Nele, as ideias foram debatidas, chegando-se a um consenso sistematizado, sendo apresentado em formato de texto narrativo as experiências compartilhadas pelo grupo (texto primário). De posse desse texto, iniciou-se o processo de

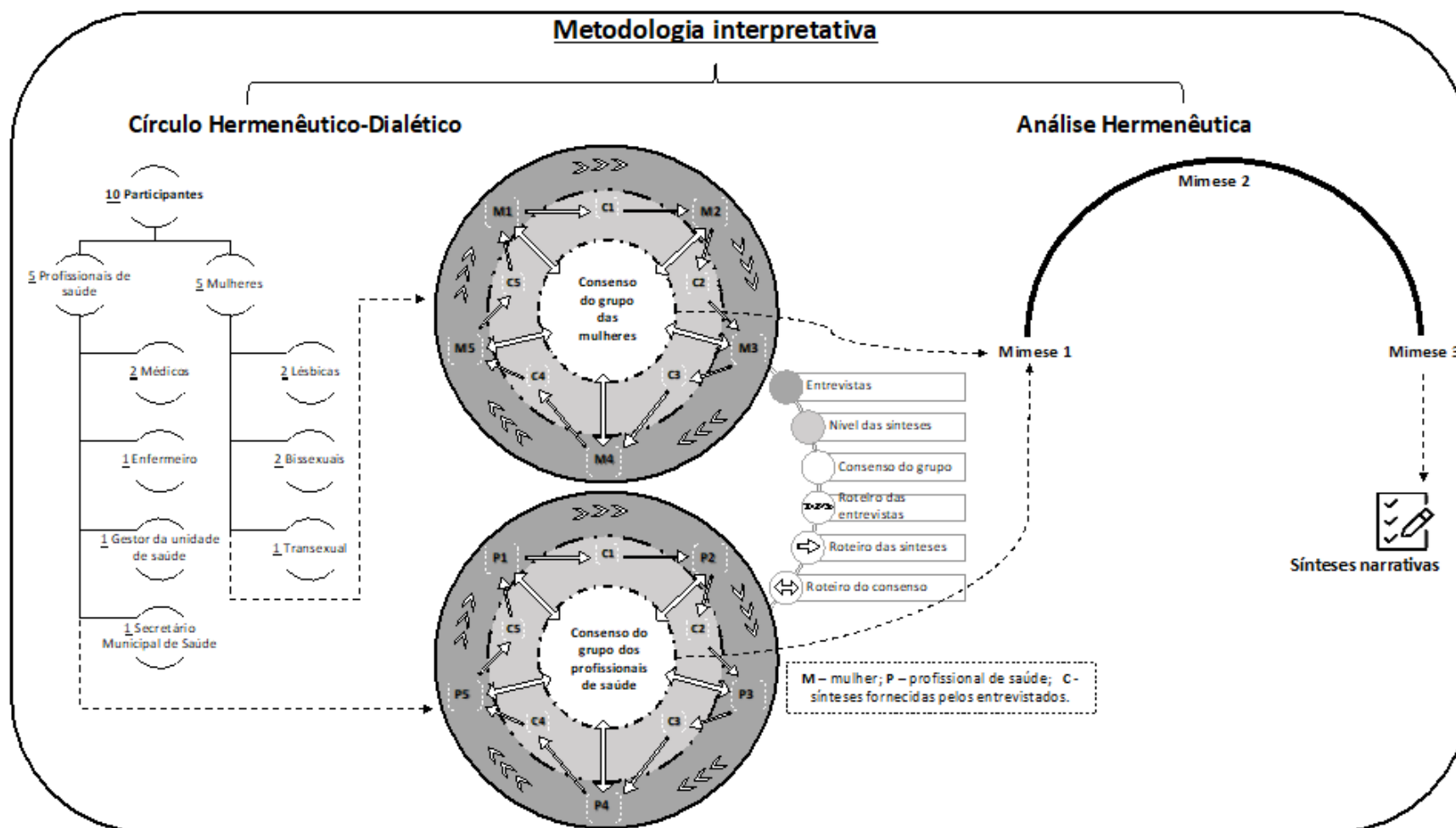


Figura 1 – Operacionalização metodológica do estudo. Marabá, PA, Brasil (2019)
 Fonte: Autores, 2019.

análise hermenêutica indutiva, segundo os pressupostos de Paul Ricoeur⁽¹²⁾. Nessa etapa, conforme ilustrado na Figura 1, buscou-se a interpretação das experiências por meio de uma descrição compreensiva do fenômeno estudado. O processo partiu de uma compreensão ingênua, com base na análise do texto primário (mimese 1), e prosseguiu para a compreensão intermediária, etapa na qual os pesquisadores buscaram interpretar as partes e o todo no contexto dos depoentes acerca do fenômeno estudado (mimese 2). Finalizou-se com a compreensão sábia (mimese 3), na qual os pesquisadores realizaram a fusão de horizontes, processo que perpassou o dialógico e o dialético. Dessa forma, os pesquisadores descreveram, explicaram e interpretaram os discursos com compreensão e alteridade, dando origem a um texto narrativo secundário que corresponde às experiências compartilhadas, produto da interação entre o pesquisador, os depoentes e o fenômeno estudado⁽¹²⁾.

Para dar sentido ao vivido e ao narrado, além de elucidar a interpretação com base teórica, foram elaboradas duas sínteses narrativas, denominadas Vulnerabilidades presentes em mulheres resistentes e Dilemas assistenciais para a saúde das mulheres lésbicas, travestis e bissexuais.

Os princípios éticos, conforme determinam as resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidos em todas as etapas do estudo, sendo este aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará, sob o número CAAE 94866418.0.0000.0018 e parecer 2.929.216. Os participantes foram apresentados ao objetivo da pesquisa e à importância da sua participação, e aqueles que concordaram assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

Entre os participantes do estudo, cinco mulheres se identificaram como sendo do gênero feminino e, entre os profissionais, os cinco pertenciam ao gênero masculino, com média de idade de 25 anos entre o grupo de mulheres e 29 anos entre o grupo de profissionais. Quanto ao estado civil, nove declararam-se solteiros. Sete referiram ter alguma crença religiosa e apresentavam Ensino Superior Completo. Com relação à orientação sexual, no grupo das mulheres LBT, duas se identificam como lésbicas, duas como bissexual, uma com transexual. Já no grupo dos profissionais de saúde, um se identificou como *gay* e quatro como heterossexuais.

Com o objetivo de elucidar o processo interpretativo das informações, foram destacados, nas narrativas, os principais elementos configurantes das vulnerabilidades analisadas (preconceito, discriminação, desigualdade, inequidade,

exclusão social, despreparo dos profissionais, negligência e ineficiência na implementação das políticas públicas).

Vulnerabilidades presentes em mulheres resistentes

*Apesar de alguns considerarem o fato de ser LBT uma coisa natural e normal, considero que **ser uma mulher lésbica, bissexual ou transexual é um desafio diário**. É ter que lutar todos os dias em busca de um lugar na sociedade, **é resistir contra o preconceito e invisibilidade existente dentro e fora da comunidade LGBT**. É estar a todo momento em busca da superação de padrões impostos pela sociedade machista e patriarcal em que vivemos. Para algumas, como as mulheres trans, ser LBT é ter também um local de acolhimento, pois ali, **com outras iguais, elas veem sua identidade ser reconhecida e respeitada**. (Kátia Flávia e Roberta)*

O fato de sermos mulheres por si só já nos faz vulneráveis, ao associar questões como cor, sexualidade, a não performance da feminilidade, entre outras. Essas questões só aumentam esse sentimento de vulnerabilidade que vivenciamos diariamente [...]. Para nós, mulheres LBT, o sentimento de vulnerabilidade está presente em todos os momentos, mas dentro do sistema de saúde isso parece muito evidente, pois **ninguém está preparado para nos receber da forma correta, começando desde os olhares penetrantes e julgadores que recebemos ao buscar o serviço até as reações de surpresa com que os profissionais nos tratam. A ideia que nos passam é que somos estranhas, anormais, pessoas que desafiam a natureza ou que não estão em conexão com o que realmente são.** No entanto, se a gente tiver dinheiro, fugimos do SUS [Sistema Único de Saúde] e parece que em outros cenários isso é mais camuflado, nos distanciamos parcialmente dessa vulnerabilidade, o que nos traz uma pequena e fugaz sensação de segurança. (Roberta, Ana e Kátia Flávia)

Os serviços de saúde públicos, em teoria, deveriam ser lugares de fácil acesso, onde as mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais pudessem se sentir à vontade, seguras e acolhidas. Uma realidade muito distante da que vivemos, pois, **ao nos identificarmos como LBT para os profissionais de saúde e no sistema, nos sujeitamos a diversas situações que uma mulher heterossexual não vivencia. Nos fazem sentirmos**

pequenas, como se estivéssemos abaixo de outras mulheres, só por causa do que somos. (Júlia e Ana)

A todo momento, nos deparamos com profissionais que querem nos atender com os mesmos preceitos de mulheres heterossexuais. Colegas já vivenciaram situações nas quais, **ao se identificarem como lésbica ou bissexual, aconteceu de o profissional interromper a consulta e admitir que não sabia como nos atender ou simplesmente de ignorar o que falamos e continuar o atendimento seguindo um procedimento para alguém heterossexual**, inclusive prescrevendo exames específicos para nossos órgãos que são altamente invasivos e que nos expõem a situações desagradáveis. Certamente que nem todas de nós passam por essas coisas, pois conhecemos mulheres que nunca vivenciaram isso, mas não há como negar que a maioria de nós, LBT, já foi submetida a algo do gênero. Mas erguemos a cabeça! (Thaís, Roberta, Kátia Flávia e Júlia)

Para nós, mulheres LBT, **o fato de nos identificarmos como tais, ao mesmo tempo em que nos deixa mais vulneráveis também nos deixa mais resistentes**, pois estamos reafirmando a nossa existência e necessidades. A nossa identificação como mulher lésbica, transexual e bissexual é uma forma de mostrar para o sistema de saúde e para os profissionais que existimos e que precisamos ser atendidas de acordo com as nossas demandas e especificidades, e não a partir dos padrões comuns da heteronormatividade. Identificar-se é sempre muito importante, **mas entendemos o outro lado, o lado daquelas que preferem não dizer para os profissionais sua orientação sexual porque não querem passar por constrangimentos dentro do consultório** ou em casos como o de uma conhecida que, quando vai com a mãe, prefere não se identificar porque a mãe não aceita bem a sua orientação sexual. Somos iguais, mesmo em situações diferentes! (Júlia, Ana e Thaís)

Assim como a maioria de todas as mulheres, a procura dos serviços de saúde é por questões de prevenção, emergências e reabilitação da saúde. O serviço de saúde público é o mais utilizado pela gente, pois temos direito de estar ali, mas quando não nos sentimos bem tratadas e em caso de emergência vamos para o sistema privado. (Thaís, Júlia e Ana)

Não podemos negar que os obstáculos que enfrentamos ao procurarmos os serviços de saúde são muito recorrentes. Locais que deveriam oferecer acolhimento e cuidado apresentam total despreparo e preconceito em relação a muitas de nós. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais representa uma grande conquista para nós, uma vez que a sua existência reconhece as necessidades e dificuldades que o nosso coletivo enfrenta nos sistemas de saúde; ela nos traz também uma sensação de segurança maior na hora de buscar por atendimento. (Roberta e Kátia Flávia)

Mas nem tudo são flores! É notável a necessidade de fazer valer essa política para que o sistema de saúde e os profissionais passem a ser mais capacitados ao realizar o atendimento da gente. Ainda há muito a ser feito para que alcancemos melhorias efetivas para o nosso atendimento, como a implantação da política em todos os municípios, a criação de uma rede de atendimento que atenda de fato às necessidades das mulheres LBT e **a capacitação profissional, que é, sem dúvida, o maior desafio.** Um dia, quem sabe! (Roberta, Kátia Flávia, Thaís, Ana e Júlia)

Dilemas assistenciais para a saúde das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais

Sendo profissionais da área da saúde, **entendemos que a mulher é naturalmente vulnerável, pois há uma questão social e cultural na qual a mulher é colocada como um ser mais frágil** perante os homens. Quando pensamos nessas questões para as mulheres LBT, essa vulnerabilidade se torna ainda maior devido a fatores que elas enfrentam para conseguir atendimento de saúde, como o **preconceito em não reconhecê-las como pertencentes a esses lugares, pois não são totalmente mulheres! Muitas delas, dependendo da sua imagem, são logo associadas como portadoras de Infecções Sexualmente Transmissíveis**, ao uso de álcool e outras drogas. No entanto, apesar de muitos de nós as enxergarem com essas vulnerabilidades, existem outros que não as veem dessa forma. (Márcia, Guilherme, Matias e Carlos)

Percebemos que há ainda uma grande dificuldade na realização do atendimento dessa população, em

específico das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, pois **muitas vezes não há a identificação de sua orientação sexual ou identidade de gênero, o que acaba dificultando nosso atendimento, pois não sabemos como tratá-las.** (Guilherme, Matias e Carlos)

Não é nada fácil atendê-las, pois **não somos preparados para lidar com as necessidades dessa população, não recebemos capacitação profissional voltada para elas** na faculdade e quando estamos no mercado de trabalho também não temos conhecimento do assunto. **Ninguém fala delas, ninguém fala em como devemos cuidar delas e ninguém parece fazer nada para mudar isso!** Um exemplo é **a existência da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais que a maioria de nós desconhece**, mesmo que tenha sido lançada há quase 10 anos. (Isadora, Márcia, Guilherme e Matias)

De um ponto de vista profissional, entendemos que a existência dessa política reforça a busca pelos direitos da população LGBT, pois aponta necessidades que já existiam, mas eram negligenciadas. Entendemos essa política de saúde como uma aliada, uma forma a mais de mostrar para a sociedade, que é em grande parte preconceituosa, que a luta das mulheres LBT deve ser percebida cada vez mais. **Todavia, parece que ela só existe no papel, pois na vida real ela passa longe, não existe um programa, uma campanha, nada!** (Guilherme e Matias)

Apesar de alguns de nós acharem que essa política traz alguns benefícios, outros discordam totalmente, entendem que ela não possui grande representatividade para a população LBT, pois, em sua percepção, **a existência da política pode gerar maior exclusão dessa população, uma vez que, ao seguir os preceitos e diretrizes da política, as mulheres LBT estariam recebendo um tratamento diferenciado do restante da população. Tratá-las como diferentes só reforçaria a imaginação que elas não são iguais às outras mulheres.** Se não nos capacitarmos, essas divergências em nossa visão como profissionais só reforçarão os desafios para a implantação plena da política às necessidades desse coletivo. (Isadora, Márcia e Guilherme)

A Política Nacional de Saúde Integral da População LGBT possui um grande potencial de se tornar uma **política resistente**, tanto quanto a política nacional de saúde

da mulher, da criança, do idoso, entre outras, e para isso vemos a **necessidade constante de reformulações e adaptações na implantação desta para que possa atender às necessidades reais da sua população.** Um exemplo são as diferenças da nossa geografia nacional, a mulher do Norte não é a mesma mulher do Sul. Então a gente tem que olhar dentro da sua especificidade, dentro da sua geografia e fazer a comunidade entender isso. (Guilherme e Carlos)

A partir disso, entendemos que **o maior ponto que necessita ser revisto é a capacitação dos profissionais**, os já atuantes e os futuros, para que interpretem e compreendam a política para que ela saia do papel e viva na prática, pois atualmente ela parece estar adormecida. Dessa forma, iremos ganhar forças e conseguiremos desbravar muitos caminhos, desmistificando pensamentos para que essa política ganhe força e cada vez mais possa estar cuidando dessas mulheres tão vulneráveis. (Carlos)

■ DISCUSSÃO

Na busca por uma leitura compreensiva da complexidade das narrativas LBT no campo da saúde, faz-se necessário elucidar que as vulnerabilidades se relacionaram a uma perspectiva teórica, na qual o gênero e a feminilidade mantêm estreita relação com as questões de saúde enfrentadas pelas mulheres^(3,6). Sendo o gênero um elemento construtivo das relações feministas, este apresenta-se no contexto estudado como um guia para significar as relações de poder exercidas entre as mulheres e os profissionais⁽⁴⁾. Nesse campo de produção, as vulnerabilidades femininas são genericadas⁽⁵⁾ e influenciam nos cuidados de saúde⁽³⁾.

As narrativas elaboradas pelos grupos estudados fornecem uma explicação oriunda de uma sabedoria prática sobre como são estruturadas as vulnerabilidades nesse contexto: para as mulheres, esta surge da percepção de como são conduzidas suas relações com a sociedade (cercada por tabus e preconceitos); já para os profissionais, destaca-se como a sociedade e os serviços de saúde reconhecem as mulheres durante a oferta de cuidados (pessoas que não se enquadram em um padrão clínico específico de cuidado já estabelecido binariamente). Em ambos os contextos, é possível interpretar a recorrência de um enredo que hierarquiza as práticas de saúde, no qual se posicionam questões heteronormativas como eixo central do discurso, enquanto as demais práticas desenvolvidas pelas mulheres são subordinadas a esse modelo dominante. Assim, os cuidados de saúde presentes nessas relações são e propiciam vulnerabilidades.

Ancoradas nessa perspectiva, as narrativas ressaltam um imaginário social hegemônico, que destaca as mulheres LBT como detentoras de uma vulnerabilidade individual, como se exclusivamente o fato de existir lhes conferisse naturalmente o caráter de vulneráveis. Todavia, esse discurso é paradoxal, visto que tal percepção de vulnerabilidade sustenta-se nos aspectos genéticos, biológicos e fisiológicos que aumentam o risco ao adoecimento do corpo, e não em uma perspectiva cultural⁽⁸⁾. A expressão dessa vulnerabilidade, como exemplificado em outro estudo⁽³⁾, apresenta consequências irreversíveis às mulheres, como nos casos do adoecimento por câncer de próstata (em mulheres transexuais), mama e de colo de útero, em que estes são agravados devido à baixa utilização dos serviços de saúde, levando essa população a uma morte evitável.

De qual vulnerabilidade se está falando? Segundo as narrativas femininas, indivíduos pertencentes ao coletivo LBT adoecem como qualquer outra pessoa, pois as mazelas enfrentadas por seus corpos não especificam seu gênero, mas firmam entraves na defesa de suas identidades como LBT. Logo, as vulnerabilidades ressaltadas em seus discursos correspondem a aspectos individuais, mas sobretudo a vulnerabilidades sociais⁽¹³⁾, uma vez que as condições impostas ao grupo de mulheres estão fora de uma zona de integração de exclusividade biológica - nesse caso, relacionadas à interferência do contexto cultural.

As mulheres vivenciaram estigmas e preconceitos específicos relacionados aos seus estereótipos, a defesa de suas identidades como femininas, a interpretação preconceituosa de que são "portadoras" de doenças como HIV/AIDS, a tonalidade de sua pele, entre outras realidades acentuadas ao serem comparadas com mulheres heterossexuais e brancas.

Pesquisadores^(1,5) endossam essa prerrogativa inferindo que diversos fatores afetam a saúde biológica das mulheres, como os aspectos geográficos e territoriais, os quais se apresentam fora do controle individual de uma pessoa, mas que potencializam experiências de vulnerabilidade. Explorar e refletir sobre esses determinantes e as disparidades que os acompanham, assim como das políticas que tentam balizar a equidade, são características que devem ser fomentadas pelos profissionais de saúde na busca pelo cuidado integral. Contudo, na atualidade, observa-se que esse movimento se encontra marginalizado e desprovido de estratégias de implantação que efetivem a competência clínica ampliada.

Cercadas pelo desafio diário de superar a ansiedade, o medo e a expectativa de rejeição decorrentes da homofobia presente nos centros de saúde, as mulheres demandam cuidados específicos e buscam por assistência profissional. Evidências^(3,6,9) endossam que, durante essa procura, elas se deparam com o despreparo de médicos, enfermeiros e

gestores para assisti-las, situação que amplifica suas vulnerabilidades na Atenção Primária. Os serviços não as reconhecem como mulheres conectadas umas às outras, independentemente de suas identidades de gênero e orientações sexuais, mas, sim, como mulheres destituídas dos rótulos heteronormativos hegemonicamente identificados. Essa percepção faz com que elas recebam um atendimento desarticulado, excludente e não individualizado em relação às suas reais necessidades de saúde.

Nessa perspectiva, a exposição ao risco, por sua vez, pode deflagrar desfechos de saúde adversos e, conseqüentemente, impactar sua qualidade de vida⁽¹⁴⁾, pois, para as mulheres LBT, a defesa da legitimidade de suas identidades representa um elo que conecta o seu eu com o mundo, edificando-a e humanizando - por isso identificar-se como tal é um ato de resistência e de reafirmação da sua existência. Pesquisadores⁽⁴⁾ advogam que essa característica representa uma busca pela validação de seus direitos à saúde legalmente adquiridos e operacionalizados por políticas públicas.

Os profissionais de saúde também as reconhecem como vulneráveis, todavia, associando-as a questões de suscetibilidade para o desenvolvimento de certas doenças ou transtornos mentais (Infecções Sexualmente Transmissíveis, alcoolismo e uso de drogas) e o acesso aos serviços de saúde. Para os profissionais, as múltiplas identidades de gênero defendidas durante o atendimento à comunidade LBT na Atenção Primária apresentam-se como entrave para a oferta do cuidado integralizado, já que essas mulheres se encontram desconectadas dos saberes formativos/curriculares vivenciados em suas profissões. Dessa forma, em face do novo que emerge no contato com um corpo generificado, que, por ora, é lido pela ótica binária, idealizada pelos profissionais como masculino ou feminino e rotulada como pertencente a uma categoria heteronormativa, muitos se sentem desqualificados ou mesmo desprovidos de saberes que justifiquem condutas específicas diante dessa população. Sob esse prisma, teoricamente se articula uma vulnerabilidade programática, pois a maneira como as políticas, os profissionais e os serviços coordenam-se influencia diretamente nos desfechos de saúde na Atenção Primária⁽⁸⁾.

Médicos e enfermeiros de países norte-americanos⁽³⁾ e da Europa⁽¹⁵⁾ também compartilham as barreiras para a integralidade de seus cuidados e pontuam que o *status* atual do ensino e do treinamento específicos da competência clínica para os cuidados de saúde LBT apresenta-se deficitário para subsidiar condutas que os permitam reduzir as disparidades na área de saúde. Para eles, faltam estratégias didáticas e clínicas para incorporar esse conteúdo aos currículos de formação nos níveis de graduação e pós-graduação, para que o cuidado seja ofertado de modo culturalmente competente.

No Brasil, os profissionais também não recebem formação específica para as demandas dessa população e faltam intervenções educacionais que demonstrem um conhecimento em potencial para melhoria das atitudes inclusivas aos usuários LGBT. É necessário o desenvolvimento de estratégias inclusivas, mudanças curriculares, ampliação da clínica para além do caráter biomédico e mudança de paradigmas, para que as vulnerabilidades femininas sejam superadas perante suas múltiplas identidades de gênero.

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais também demanda algumas especificidades estratégicas (oferta de uma assistência sensível e individualizada), para que sua implementação seja cada vez mais condizente com a realidade das mulheres na Atenção Primária, como apontado pelos profissionais. Certamente, trata-se de um campo que necessita ser ampliado na busca pela equidade de gênero e pelo respeito as feminilidades.

Com base nas narrativas, é possível evidenciar um avanço em direção às questões de saúde das mulheres LBT, visto que elas conquistaram direitos e visibilidade jurídica. Todavia, faz-se necessário clarificar que os dois grupos investigados apresentam concepções distintas quanto às vulnerabilidades. Enquanto para as mulheres estas se ancoram em um campo social (a defesa de suas identidades e sexualidades), para os profissionais estão no campo programático (em certas limitações dos serviços que as atendem e na ausência de educação formativa contínua). Em contrapartida, por mais que essas concepções sejam distintas, ambos reconhecem as conquistas e as potencialidades que a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais representa no enfrentamento dessas vulnerabilidades. Pesquisadores⁽¹⁶⁾ defendem essa perspectiva destacando que, com a implementação dessa política, promoveu-se a inserção legal das mulheres nos serviços de prevenção e promoção à saúde, garantindo-lhes o acesso a direitos e assegurando deveres do Estado para sua execução.

Contudo, somente a implementação de dispositivos legais não é suficiente, tampouco é sinônimo de garantia à saúde no enfrentamento das diversas vulnerabilidades sociais e programáticas que atravessam o cotidiano da população LBT. Assim como evidenciado por outras investigações⁽⁹⁾, as mulheres e os profissionais de saúde necessitam de atenção especial, no tocante à promoção de práticas de saúde, pois, conforme esclarecido pelas mulheres, os serviços de saúde ainda são excludentes, de difícil acesso e compostos por profissionais não sensibilizados com suas questões de gênero e orientação sexual. Por sua vez, os profissionais investigados ancoram suas explicações na falta de capacidades específicas, programas de saúde, estratégias mais

objetivas de implementação dessa política na prática assistencial e nos ambientes de cuidados para que seja possível elucidar as particularidades desse grupo, uma vez que, por mais que se reconheça a existência de demandas, ainda há pouco investimento no desenvolvimento de competências e habilidades específicas para assisti-las.

Esses resultados são convergentes com os obtidos em outras pesquisas^(4,16), que também endossam essas conclusões, ao evidenciarem que os serviços de saúde estão presentes no campo das políticas de saúde LGBT apenas como um componente teórico, pois, atualmente, por mais que recursos e esforços tenham sido direcionados para diminuir a disparidade no atendimento das mulheres, seus resultados ainda são insatisfatórios, do ponto de vista da sua implementação. Há escassez no campo da educação cultural e no treinamento de competências para os profissionais de saúde, principalmente com foco em avaliação clínica e tratamento humanizado, individualizado e ético à população LGBT⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

As vulnerabilidades sociais e programáticas, associadas aos entraves estruturais, culturais e organizacionais enfrentados pela comunidade LGBT nos serviços de saúde, impõem barreiras simbólicas e morais para a promoção da saúde dessa população⁽¹³⁻¹⁴⁾. Assim, os saberes e as práticas associados às vulnerabilidades, bem como a forma como a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais vem sendo implementada entre o grupo estudado, apresentam implicações na promoção da saúde relacionadas à violação dos direitos humanos, à redução da assiduidade e, conseqüentemente, a não busca por serviços de saúde, o que agrava o déficit no autocuidado, elevando, dessa forma, a vulnerabilidade entre os integrantes da população LBT.

Enfrentar as vulnerabilidades pontuadas neste estudo e defender a efetiva implementação dos direitos à saúde adquiridos pelas mulheres LBT significam garantir o respeito à cidadania e à dignidade do ser humano, fomentando os princípios da equidade e humanização no setor saúde. Emergencialmente, pondera-se a necessidade de ações planejadas que fortaleçam o engajamento dos profissionais de saúde com capacitações, estratégias de implementação da política e estímulo ao fortalecimento de laços de proteção solidária a essa comunidade, que é submetida a processos de exclusão social sistemáticos.

Estudos sobre as mulheres LBT e suas vulnerabilidades possibilitam avançar nas discussões no setor saúde, sobretudo com relação às atitudes e às práticas individuais e coletivas estabelecidas por médicos e enfermeiros em prol do cuidado cada vez mais qualificado, algo ainda não evidenciado na literatura nacional e internacional. Assim, os

resultados desta pesquisa contribuem para áreas da saúde como um indicador para a implementação de medidas que priorizem a gestão do conhecimento dos profissionais, visando reconhecer a existência dessas vulnerabilidades nas relações de cuidado. Isso certamente se configura como um primeiro passo para disparar ações corretivas e de melhoria na atenção prestada a essa população.

Todavia, face aos resultados apresentados, reconhecem-se limitações associadas ao contexto investigado, mais precisamente ao fato de o estudo ter sido realizado em um único cenário. Outro limite que deve ser mencionado é a ausência de um debate em torno do marcador de “raça”, o qual configura-se como mais um aspecto que amplia vulnerabilidades. Tal aspecto não foi identificado na pesquisa, possivelmente porque as mulheres LBT não se identificaram como mulheres negras, pardas, indígenas, entre outras, o que possibilitaria ampliar a compreensão produzida por este estudo. Sugere-se, assim, a realização de novas investigações em outros campos, a fim de se analisar se essas vulnerabilidades estão presentes em outros contextos de saúde, uma vez que esta pesquisa apresenta um retrato local inserido no contexto brasileiro.

■ CONCLUSÃO

Por meio do método interpretativo do círculo hermenêutico-dialético, identificou-se a compreensão que as mulheres e os profissionais de saúde apresentam sobre as vulnerabilidades que o coletivo de mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais enfrenta no campo da atenção à saúde. Elas reconhecem os serviços de saúde como excludentes e não individualizados às suas particularidades. Já os profissionais de saúde reconhecem a existência de barreiras na oferta de cuidados, principalmente no tocante à implementação de políticas públicas. Essas condições produzem vulnerabilidades, ampliando os riscos em saúde, com implicações ao coletivo, como a violação dos direitos humanos, a redução da assiduidade e, conseqüentemente, a não busca por serviços de saúde, por parte dessas mulheres vulnerabilizadas.

Nesse contexto, os saberes compartilhados desvelam uma realidade com entraves para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no campo da prática, destacando-se a ausência de capacitações profissionais, programas de saúde específicos e estratégias de cuidados culturalmente sensíveis. Logo, para o enfrentamento dessa problemática, encoraja-se que sejam incorporados elementos da experiência subjetiva dos profissionais de saúde e das mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais nos contextos de planejamento estratégico à saúde dessa população.

A divulgação desses dados a enfermeiros e gestores de saúde poderá subsidiar decisões futuras quanto a prioridades, aplicação de recursos e treinamento profissional na atenção às mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais. Contudo, é fundamental a ampliação desse debate, uma vez que as vulnerabilidades femininas relacionadas à implementação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais se fazem presentes e, quando não compreendidas, podem comprometer a qualidade da assistência ofertada.

■ REFERÊNCIAS

1. Health equity. *Health Aff.* 2018;37(3):344-5. doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.1519>
2. Cardoso MR, Ferro LF. Saúde e população LGBT: demandas e especificidades em questão. *Psicol Cienc Prof.* 2012;32(3):552-63. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000300003>
3. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: what progress have we made? *Patient Educ Couns.* 2017;100(12):2357-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>
4. Popadiuk GS, Oliveira DC, Signorelli MC. The National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals and Transgender (LGBT) and access to the Sex Reassignment Process in the Brazilian Unified Health System (SUS): progress and challenges. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(5):1509-20. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32782016>
5. Keuroghlian AS, Ard KL, Makadon HJ. Advancing health equity for lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people through sexual health education and LGBT-affirming health care environments. *Sexual Health.* 2017;14(1):119-22. doi: <https://doi.org/10.1071/SH16145>
6. Malagón-Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu).* 2015;19(53):237-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
7. Boldt J. The concept of vulnerability in medical ethics and philosophy. *Philos Ethics Humanit Med.* 2019;14:6. doi: <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0075-6>
8. Bolina AF, Rodrigues RA, Tavares DM, Haas VJ. Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e0342. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017050103429>
9. Ferreira BO, Bonan C. Opening the closets of access and quality: an integrative review on the health of LGBT populations. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(5):1765-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34492019>
10. Oliveira MM. Experiências exitosas com seqüências didáticas interativas. Recife: EDUFPE; 2017.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
12. Missel M, Birkelund R. Ricoeur's narrative philosophy: a source of inspiration in critical hermeneutic health research. *Nurs Philos.* 2019;14:e12254. doi: <https://doi.org/10.1111/nup.12254>

13. Kröner SM, Beedholm K. How discourses of social vulnerability can influence nurse-patient interactions: A Foucaultian analysis. *Nurs Inq.* 2019;18:e12309. doi: <https://doi.org/10.1111/nin.12309>
14. Jennings L, Barcelos C, McWilliams C, Malecki K. Inequalities in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) health and health care access and utilization in Wisconsin. *Prev Med Rep.* 2019;14:100864. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100864>
15. Donisi V, Amaddeo F, Zakrzewska K, Farinella F, Davis R, Gios L, et al. Training healthcare professionals in LGBTI cultural competencies: exploratory findings from the Health4LGBTI pilot project. *Patient Educ Couns.* 2019;103(5):978-87. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.007>
16. Belém JM, Alves MJ, Pereira EV, Moreira FT, Quirino GS, Albuquerque GA. Health care for lesbian, gay, bisexual, transvestite and transgender individuals in the Family Health Strategy. *Rev Baiana Enferm.* 2018;32:e26475. doi: <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.26475>
17. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Educ Couns.* 2017;100(12):2357-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>
18. Martínez-Guzmán A, Íñiguez-Rueda L. Discursive practices and symbolic violence towards the LGBT community in the university context. *Paidéia.* 2017;27(suppl.1):367-75. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-432727s1201701>

■ **Contribuição de autoria:**

Myllena Ferreira Peixoto: Conceituação; Investigação;
Escrita - rascunho original; Escrita - revisão e edição.

Vander Monteiro da Conceição: Análise formal;
Visualização.

Silvio Eder Dias da Silva: Escrita - rascunho original;
Análise formal.

Manoel Antônio dos Santos: Análise formal; Escrita -
revisão e edição.

Lucila Castanheira Nascimento: Metodologia;
Supervisão; Escrita - revisão e edição.

Jeferson Santos Araújo: Conceituação; Investigação;
Metodologia; Escrita - revisão e edição; Administração
de projeto.

■ **Autor correspondente:**

Jeferson Santos Araújo

E-mail: jeferson.araujo@uffs.edu.br

Recebido: 27.05.2020

Aprovado: 05.10.2020

Editor associado:

Rosana Maffaccioli

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti