



Eixo: Serviço Social, relações de exploração/opressão de gênero, raça/etnia, sexualidades.
Sub-eixo: Sexualidades, identidades de gênero e direitos.

PESSOAS LGBTI EM CUIDADOS PALIATIVOS: CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL PARA O DEBATE

Mariana Aguiar Bezerra¹

Resumo: O presente estudo apresenta o resultado parcial de uma pesquisa qualitativa de natureza bibliográfica, a qual tem como objetivo refletir como o assistente social pode contribuir para efetivar um atendimento de qualidade e sem preconceitos às pessoas LGBTI em acompanhamento por uma equipe de cuidado paliativo e seus familiares.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; LGBTI; Serviço Social.

Abstract: The present study presents the partial result of a qualitative research of a bibliographical nature, which has as objective to reflect how the social worker can contribute to effective quality care and without prejudice to LGBTI people being followed by a palliative care team and their family members.

Keywords: Palliative Care; LGBTI; Social Work.

1 INTRODUÇÃO

A orientação sexual e a identidade de gênero sempre foram pautas de discussão, dado que, tudo que foge dos padrões estabelecidos socialmente pela heteronormatividade é passível de patologização e estranhamento.

Portanto, o presente estudo visa refletir como o assistente social pode contribuir para efetivar um atendimento de qualidade e sem preconceitos às pessoas LGBTI em acompanhamento por uma equipe de cuidado paliativo e seus familiares.

É importante que o profissional esteja alinhado ao Projeto Ético-Político do Serviço Social para não ser mais uma fonte de sofrimento aos pacientes LGBTI por atitudes e/ou falas LGBTIfóbicas, bem como, não ser mais uma categoria profissional despreparada para o atendimento das demandas

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade de São Paulo. E-mail: <marianaaguiarb@gmail.com>

específicas permeadas de opressões e violências destas pessoas e sua rede de suporte informal, sejam estes familiares ou não.

2 DESENVOLVIMENTO

O Serviço Social tem como objeto da profissão a “questão social” originada da contradição entre trabalho e capital, sendo esta, segundo Iamamoto (2012, p. 27) “[...] a base de sua fundação como especialização do trabalho”. A questão social é, portanto, “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista [...]”. (IAMAMOTO, 2012, p. 27, grifo do autor).

Sendo a profissão respaldada por princípios fundamentais do seu Código de Ética Profissional, cabe aos assistentes sociais o reconhecimento da liberdade, da luta pela emancipação e autonomia, bem como, a defesa pelos direitos humanos, pela justiça social, pela equidade, com compromisso pela eliminação de todas as formas de preconceito, sem dominação, exploração de classe, etnia e gênero e possuir um projeto profissional vinculado à luta por uma nova ordem societária.

Assim “coloca-se como exigência da própria intervenção profissional do assistente social a atitude investigativa, pois ela aguça o espírito da descoberta, tornando-se condição para a ultrapassagem do aparente, evidenciando a essência dos fenômenos nos seus nexos e conexões”.

No que se refere a Cuidados Paliativos, o Serviço Social “orienta-se pela atuação em conjunto com o paciente, sua família e sua rede de suporte social, com a instituição na qual o serviço encontra-se organizado e com as diferentes áreas atuantes da equipe”. (ANDRADE et al, 2017, p. 757).

Tendo isso em vista, o Cuidado Paliativo possui como definição pela Organização Mundial de Saúde (OMS):

Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas físicos,

psicossociais ou espirituais. (WHO, 2017).

Promovendo assim a qualidade de vida enquanto houver vida, por meio do controle de sintomas, tais como o alívio da dor em diversas esferas desde o diagnóstico da doença potencialmente ameaçadora de vida.

Essa abordagem se destaca por não buscar a cura, mas sim por ter como foco o alívio dos sintomas e pelo cuidado nas suas diversas dimensões, de forma horizontal e integral.

A partir do conceito amplo, podemos destacar que haverá indicação de diferentes abordagens de cuidados paliativos de acordo com a fase da doença ameaçadora de vida, com o binômio paciente e família.

Desta forma é necessário conhecimento específico para a prescrição de medicamentos, adoção de medidas não farmacológicas e abordagem dos aspectos psicossociais e espirituais que caracterizam o “sintoma total”, plagiando o conceito de DOR TOTAL, criado por Dame Cicely Saunders, onde todos estes fatores podem contribuir para a exacerbação ou atenuação dos sintomas, devendo ser levados em consideração na abordagem. (MATSUMOTO, 2012. p. 26).

O Serviço Social, portanto, em relação à equipe multidisciplinar, tem o papel importante de apresentar para a equipe quem é esse paciente e sua família, ou seja, evidenciar a biografia do sujeito e sua realidade social através de instrumentais específicos da profissão e da sua análise investigativa e histórico-dialética.

Andrade (2015, p. 118-119) evidencia sobre a atuação do assistente social em equipes de cuidados paliativos:

[...] pode ser resumida em: conhecer o paciente, família e cuidadores nos aspectos socioeconômicos, visando ao oferecimento de informações e orientações legais, burocráticas e de direitos, imprescindíveis para o bom andamento do cuidado do paciente e para a garantia de morte digna. Cabe a esse profissional também avaliar a rede de suporte social dos envolvidos, para que, junto deles, acioná-las em situações apropriadas; conhecer e estabelecer uma rede intrainstitucional, no intuito de garantir um atendimento preciso ao paciente, além de constituir-se como interlocutor entre paciente/família e equipe nas questões relacionadas aos aspectos culturais e sociais que envolvem o cuidado de forma geral.

Contudo, tendo em vista que o conceito de “dor total” integra também os aspectos psicológicos, sociais e espirituais a partir de uma abordagem interdisciplinar que possibilita o cuidado integral ao paciente e sua família, por

consequente, a orientação sexual e a identidade de gênero de todos os sujeitos envolvidos no processo de terminalidade, também são de suma importância para conduzir esta abordagem de maneira eficaz. Assim, fazendo-se necessário o respeito e um atendimento de qualidade no acompanhamento das pessoas LGBTI.

Sair dos padrões sociais do que é posto como modelo de família perante as normas heteronormativas e sexistas é extremamente significativo para a condução do acompanhamento durante a trajetória junto à equipe, dado que família é onde coexiste afeto e respeito.

Andrade et al (2017, p. 757) explica:

[...] é importante reconhecer a família com quem manteremos contato, como exatamente é (família real), não como gostaríamos que fosse (família ideal). Nem sempre os vínculos foram formados de maneira satisfatória, nem sempre aquele que está morrendo é amado por todos, nem sempre tem condições adequadas de cuidar dele (sejam essas condições financeiras, emocionais, organizacionais) e nem sempre o paciente quer ser cuidado da forma avaliada por nós como a necessária e a ideal. Conhecer e compreender essa família em seus limites e suas possibilidades é o primeiro passo para um atendimento adequado [...]

Cabe ressaltar que muitos familiares de pessoas LGBTI quebram o vínculo quando há o reconhecimento da identidade de gênero e/ou orientação sexual dissidente da cis-heteronormatividade, resultando em alguns casos em expulsão do lar, violência física, psicológica, patrimonial, sexual, cirurgia compulsória em pessoas intersexo e até a morte.

Dentre os princípios fundamentais que contém no Código de Ética do/a Assistente Social, destaca-se: “VI. Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” (CFESS, 1993), o qual defende um exercício profissional que não seja discriminatório, a favor dos direitos de todos os usuários e incentivando a eliminação de todas as formas de preconceito.

Em vista disso, é significativo lembrarmos que até 1993 o “homossexualismo” era estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional de Doenças (CID) como um transtorno ou desvio sexual.

Dias explica que “o sufixo ismo, que designa doença, foi substituído pelo sufixo dade, que significa modo de ser. Assim, depois de quase 20 anos, a homossexualidade deixou de ser doença.” (2014, p. 65).

Fébole e Moscheta elucidam:

Essa apropriação médico-científica da sexualidade serviu também para o seu policiamento, para que ela pudesse ser submetida a uma formatação, enquadrada e normatizada em benefícios de alguns interesses. Portanto a sexualidade no campo médico-científico sempre foi objeto de violência. (2017, p. 2-3)

Assim, os autores explicam que

Chamar essas relações de violência é, sobretudo, uma tentativa de legitimá-las como tal, pois elas se assentam em um modelo social heteronormativo que produz um jeito de viver a sexualidade como o correto colocando as outras formas possíveis em uma relação de subalternidade (FÉBOLE; MOSCHETA; p. 10, 2017).

Todavia, atualmente a transexualidade permanece na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM - V) como “disforia de gênero”, utilizada como categoria diagnóstica, ou seja, como “um problema clínico” (2014, p. 452).

Deste modo, a homofobia pode ser definida como:

[...] a hostilidade geral, psicológica e social contra aquelas e aqueles que, supostamente, sentem desejo ou têm práticas sexuais com indivíduos de seu próprio sexo. Forma específica do sexismo, a homofobia rejeita, igualmente, todos aqueles que não se conformam com o papel predeterminado para o seu sexo biológico. Construção ideológica que consiste na promoção constante de uma forma de sexualidade (hétero) em detrimento de outra (homo), a homofobia organiza uma hierarquização das sexualidades [...]. (BORRILHO, p. 34, 2010).

A homofobia é, portanto, um termo criado para designar o pré-conceito contra as pessoas homossexuais; contudo, ele não suporta a complexidade das particularidades da lesbofobia, transfobia, bifobia, travestifobia, transfobia e intersexofobia, pois o mesmo acabou se reduzindo aos homossexuais ditos como masculinos e inviabilizou as demais. Sendo assim, o termo LGBTIfobia utilizado ao longo do texto está relacionado diretamente à exposição anterior.

De acordo com a lógica binária dominante em nossa sociedade a qual a cultura se pautou, foi introjetado uma hierarquia de valores que determina

padrões sociais, de gênero, raciais, sexuais, entre outros; produzindo indivíduos normatizados e hierarquizados.

Somado à forte influência histórica de algumas religiões, principalmente a Igreja Católica que somente aprova a união heterossexual dentro do matrimônio, com fins para a procriação e determinando a reprovação a qualquer conduta que envolva a homossexualidade, a homofobia e suas nuances continua reproduzindo violência e discriminação (DIAS, 2014).

Contudo, tais concepções estão em transição, e, por algumas religiões, estão sendo colocadas em debate, assim, “a partir do século XX, especialmente no mundo ocidental, começou a haver maior tolerância com a diversidade sexual, reflexo da proliferação de normas de proteção aos direitos humanos” (DIAS, 2014, p. 54).

A criação da Constituição de 1988 teve como um dos seus marcos históricos: estabelecer o princípio da laicidade, assegurando a liberdade de crença e consciência.

Sendo assim, a LGBTIfobia faz parte de um constructo social que tentou e continua tentando designar os sujeitos à binariedade moldada pela heteronormatividade, a qual coloca a heterossexualidade como ordem social e exige que todos os sujeitos, sendo heterossexuais ou não, devam viver de acordo com o modelo heterossexual, ou seja, que estes sigam uma linearidade entre o sexo designado no nascimento ao gênero esperado socialmente.

Tendo isto em vista, Albuquerque et al. (2013, p. 519-521) apresentam que:

Estudos indicam que a população em questão apresenta demasiada resistência à procura dos serviços de saúde, o que, em suma, evidencia o contexto discriminatório existente, organizado em função de uma heterossexualidade presumida, da falta de qualificação e do preconceito dos profissionais de saúde para atender a essa demanda.

Relatam também que os serviços de saúde possuem “dois obstáculos, [...] a homofobia e a heteronormatividade institucional” (ALBUQUERQUE et al. 2013, p. 522), uma vez que

[...] as ações em saúde se orientam para o cuidado com corpos heteronormativos e quando essa lógica é quebrada, de alguma forma, há um esforço por parte dos profissionais em normatizar aquilo que

foge de seu campo de inteligibilidade. (FÉBOLE; MOSCHETA; 2017, p.10).

Os autores explicam que os principais motivos de exclusão das pessoas LGBTI desses serviços são caracterizadas pelos atendimentos discriminatórios, oriundos da LGBTIfobia e da heteronormatividade institucional.

A criação da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tem como marco reconhecer as demandas e especificidades dessas pessoas e declara a LGBTfobia como um determinante social no dinâmico processo saúde-doença dessa população, assim como, “a exclusão social decorrente do desemprego, da falta de acesso à moradia e à alimentação digna, [...] da dificuldade de acesso à educação, saúde, lazer, cultura [...]. (BRASIL, 2013, p. 13).

Contudo, a Política elucida:

É preciso compreender, por outro lado, que essas formas de preconceito não ocorrem de maneira isolada de outras formas de discriminação social. Ao contrário, elas caminham ao lado e se reforçam pelos preconceitos do machismo, o racismo e a misoginia. (BRASIL, 2013, p. 13).

Deste modo, tem como objetivo geral:

Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo. (BRASIL, 2013, p. 18).

Haja vista que a discriminação permeia não apenas os serviços de saúde, mas perpassa a teia das relações sociais, esta “[...] que se manifesta por meio das discriminações e agressões nos diferentes âmbitos da vida cotidiana da comunidade LGBT” (UFSC, 2014, p. 32), a discriminação resulta em casos de extrema violência física, psicológica e até a morte.

Por outro lado, apesar de a violência física ter maior visibilidade, o preconceito, a discriminação, a lesbofobia, a homofobia e a transfobia operam por meio da violência simbólica e silenciosa, aceitas como “normais” pela sociedade. Essas formas invisíveis de violência reforçam no imaginário social ideias, sentimentos e crenças negativas sobre o grupo LGBT, que culminam em práticas violentas e violações dos direitos desse grupo, muitas vezes alentadas pelos meios de comunicação. Esses fatos colaboram para a veiculação e perpetuação

dos valores dominantes de intolerância e desrespeito, ampliando a vulnerabilidade social da comunidade LGBT. (UFSC, 2014, p. 33).

Os autores também pontuam que

É importante ressaltar que as pessoas que se identificam dentro dessas diversidades não apenas sofrem discriminação e (ou) violência por esses aspectos, mas pelas outras categorias que representam. Assim, as lésbicas, por exemplo, estão mais sujeitas à violência simbólica do que os gays, uma vez que na constituição de seu status contabilizam-se a superposição de diferentes dominações simbólicas – num caso de maior superposição de dominações simbólicas estariam as lésbicas negras e pobres ou as trans-mulheres negras e pobres. (UFSC, 2014, p. 34).

O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção de Equidade e da Integralidade, de 2006, publicado pela Rede Feminista de Saúde, explicita sobre a vulnerabilidade das mulheres lésbicas:

Reforçando a noção de maior vulnerabilidade, vários estudos sugerem menor frequência de realização de exames de papanicolau nesse grupo populacional, principalmente entre as mulheres exclusivamente homossexuais, quando comparadas às heterossexuais. Os resultados sugerem que profissionais de saúde solicitam menos sua realização e que as mulheres nem sempre procuram cuidado, quando necessário, ou só o fazem quando surgem sérios problemas e em períodos de maiores agravos à sua saúde. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, p. 19).

Os motivos para a menor procura de serviços de saúde se relacionam: 1) à existência de discriminação; 2) ao despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades desse grupo populacional; 3) às dificuldades das mulheres em assumirem a homo ou a bissexualidade; e 4) à negação do risco. (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2006, p. 19).

Quanto à prevenção de DST entre lésbicas e bissexuais é importante ressaltar que ainda não há produto específico, mas apenas adaptações de diversos dispositivos para essa prática, os quais ainda não possuem estudos científicos acerca da sua eficácia.

Com relação ao exame preventivo de câncer cérvico uterino (Papanicolau), o Dossiê cita dados da pesquisa realizada em 2002, pela Coordenação DST/Aids do Ministério da Saúde, que demonstram que entre mulheres heterossexuais a cobertura na realização desse exame nos últimos três anos é de 89,7%. Já entre as lésbicas e mulheres bissexuais a cobertura cai para 66,7%, mesmo entre pessoas com maior escolaridade e renda. (BRASIL, 2013, p. 14).

A vulnerabilidade das travestis é citada na Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais:

[...] é na rua que as travestis exercitam o feminino, a afetividade, as relações sociais, mas é também o espaço de consumo em geral, inclusive de drogas, silicone industrial, hormônios e outros medicamentos. A rua e a prostituição acarretam também maiores riscos de contrair DST/Aids e mais violência, o que torna esse grupo ainda mais vulnerável.

A depressão, as crises de ansiedade e sensações de pânico parecem ser freqüentes as travestis. (BRASIL, 2013, p. 14).

Assim, pode-se salientar que o uso de hormônios femininos sem orientação e indiscriminado é um problema grave na saúde das travestis e mulheres transexuais: “há reconhecida relação entre o uso de hormônios femininos e a ocorrência de acidente vascular cerebral, flebites, infartos do miocárdio entre outros agravos, resultando em mortes e sequelas importantes”. (BRASIL, 2013, p. 15).

Também é citado sobre a saúde dos transexuais masculinos:

Da mesma forma, os transexuais masculinos demandam acesso aos procedimentos de mastectomia e de histerectomia. A automedicação normalmente realizada com doses elevadas de hormônios masculinizantes é também um agravante no quadro de saúde destas pessoas. (BRASIL, 2013, p. 15).

O desrespeito ao nome escolhido configura-se também como mais uma forma de violência vivenciada pelas pessoas travestis e transexuais, o que tornou necessário garantir o uso do nome social na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009):

Art. 4º Toda pessoa tem o direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos.

Parágrafo único. É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – Identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. (BRASIL, 2011, p. 11-12).

E por último, Fraser e Lima (2012, p. 2) explicam a intersexualidade:

A intersexualidade humana constitui um fenômeno orgânico, oriundo de um desequilíbrio entre os fatores e eventos responsáveis pela determinação e diferenciação sexuais, que se configura quando o indivíduo apresenta ambiguidades, anomalias ou incongruências no componente biológico da sua identidade sexual, ou seja, no seu sexo cromossômico, endócrino e/ou morfológico.

Segundo Dias (2014, p. 301):

No contexto social, a pessoa intersexo é tida como um desviante das normas da sexualidade, do “dever ser” definido pelo discurso biomédico, e, por isso, vulnerável à estigmatização, pois foge à definição de normalidade, ou seja, de uma plena correspondência entre o corpo e a identidade de gênero socialmente estável.

Portanto, a pessoa intersexo transgride a normatização da binariedade que estabelece um padrão de sexualidade – homem e mulher; masculino e feminino; heterossexualidade e homossexualidade –, sendo assim, excluídas por não se enquadrarem.

A intervenção médica nas adaptações genitais é realizada com caráter de urgência pelos profissionais de saúde, uma vez que é considerado “anormal”.

[...] a tendência é, quando do nascimento, procurar identificar o sexo cromossômico e realizar a cirurgia para a definição da identidade sexual. No entanto, as repercussões individuais, sociais, legais e afetivas e até mesmo sexuais de quem não tem um sexo definido, não pode alijá-lo do processo de escolha. Até porque nem sempre a opção corresponde à identidade de gênero, que pode se revelar depois de determinada idade. (DIAS, 2014, p. 305).

A pessoa intersexo vivencia uma invisibilidade desde o nascimento a determinação por “terceiros” sobre a sua identidade sexual e de gênero, pois lhe é impossibilitado a escolha sobre si próprio.

A identidade sexual que foi imposta, por decisão discriminatória, nem sempre corresponde à autoidentidade sexual, que se define, normalmente a puberdade. Assim se faz necessária nova intervenção cirúrgica para a correção da intervenção equivocada, precipitada e discriminatória. (DIAS, 2014, p. 305).

No caso de crianças intersexos ficam evidenciadas as suas vulnerabilidades, haja vista que “grande parte dessas cirurgias tem objetivos meramente estéticos e a nada servem do que contribuir para afastar o reconhecimento da possibilidade de qualquer variação genital, em especial quanto à sua aparência”. (DIAS, 2014, p. 305).

Lembrando que as pessoas em questão também estão propensas as doenças crônicas, ameaçadoras de vida e que não possuem mais tratamentos modificadores da doença.

Elaborado nos EUA, o “LGBTQ - Hospice e Cuidados Paliativos Inclusivos: Um Guia Prático para Transformar a Prática Profissional” (tradução livre), aponta que as principais preocupações dessas pessoas dentro de uma equipe de cuidados paliativos são: medo de serem recusados devido a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero; receio em precisar educar os profissionais, gastando assim sua energia e tempo limitados; medo de serem tratados como uma “aberração” e por último a preocupação de ter que precisar esconder a orientação sexual e as evidências da identidade de gênero. (ACQUAVIVA, 2017, p. 49-50).

A autora (2017, p. 50) também aponta sobre as barreiras institucionais e suas conseqüências na não-inclusão destes nos programas de Cuidados Paliativos e Hospices:

Hospice e programas de Cuidados Paliativos podem inadvertidamente erguer barreiras que impedem as pessoas LGBTQ de acessarem seus serviços. Essas barreiras institucionais podem incluir práticas discriminatórias de admissão e políticas de emprego; marketing e outros materiais não inclusivos; e orientação e treinamento inadequados para os profissionais de saúde, staff e voluntários. Se a sua instituição na declaração de não-discriminação não incluir identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual, você terá dificuldade em convencer as pessoas LGBTQ a entrarem no seu programa de cuidados paliativos ou hospice. (Tradução livre).

Deste modo, Albuquerque enfatiza que para eliminar o preconceito institucional é necessário ir além da mudança da prática profissional:

Nesse sentido, as reformulações dos espaços de saúde para a inclusão da população LGBT também dependem das transformações no modo de pensar e de agir dos profissionais de saúde. As questões culturais advindas do padrão heteronormativo influenciam, de modo subjetivo, o atendimento dos profissionais de saúde, o que os leva a assistir todos os usuários como se fossem heterossexuais, o que gera situações graves de discriminação e preconceito contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. (2013, p. 523).

O Guia Prático (2017, p. 51) também elucida que:

É necessário ensinar todos os cuidadores, staff, e voluntários como fornecer um cuidado inclusivo para as pessoas LGBTQ e suas famílias,

- “para promover conforto e aceitação, identificar e diminuir o preconceito [,] ... minimizar as suposições da heterossexualidade dentro das avaliações e dos cuidados, e portanto fortalecer a comunicação aberta. (Tradução livre)

É nesse horizonte que o assistente social contribui dentro da equipe de cuidados paliativos, haja vista que a defesa da diversidade de gênero e sexual se encontra com o Projeto Ético-Político do Serviço Social, evidenciando a importância da defesa e luta contínua contra qualquer tipo de preconceito, bem como, possibilitando um atendimento de qualidade no processo de terminalidade e fase final de vida das pessoas LGBTI e seus familiares.

Primeiramente

Segundo Ferreira (2018, p. 48)

Esse compromisso com os direitos humanos inclui, por exemplo, defender não só o direito à diversidade sexual (quer dizer, considerar legítimas outras formas de sexualidade para além da heterossexual), mas também o direito de sua expressão tanto afetiva quanto erótica [...]. Também significa dizer que a profissão defende qualquer expressão de identidade de gênero para além da cisgeneridade e procura romper com os papéis de gênero estabelecidos socialmente como “naturais”, buscando retirar a mulher do papel compulsório de cuidadora, sensível e subjugada, bem como as pessoas trans do seu compromisso em assumir características de apenas um gênero e reconhecendo que suas identidades são importantes e ultrapassam algo que “se sente”, passando a ser algo “que se é”.

O assistente social como parte integrante da equipe mínima de cuidados paliativos, mostra-se mais uma vez necessário, uma vez que as respostas institucionais a essa expressão da “questão social” estão presas em um sistema heteronormativo e conservador, que não aceita o “diferente”, o considerado “anormal” perante os padrões vigentes. Isto posto, a concepção materialista-histórica e dialética hegemonicamente usada pela profissão auxilia na ultrapassagem do aparente, pois segundo Ferreira (2018, p. 54-55):

A perspectiva marxista [...] expressa não apenas um compromisso teórico, mas também um compromisso político com um tipo de produção de conhecimento que deseja falar sobre a vida concreta das pessoas, não só subjetiva como objetivamente, que tem a prática como critério da verdade e que contextualiza suas análises com aspectos estruturais e históricos para compreender o significado das experiências sociais dos sujeitos.

Como citado já anteriormente, uma vez que profissional dentro de uma equipe de Cuidados Paliativos também se constitui como interlocutor entre o paciente, sua família e a equipe, contribui com a análise da realidade dos sujeitos

envolvidos, dado que esta é subjetiva e objetiva “e isso é o que produz os modos e as condições de vida dos sujeitos sociais, sempre em uma perspectiva interseccional em relação aos marcadores sociais (de raça, gênero, sexualidade, classe social etc.” (FERREIRA, 2018, p. 56).

3 CONCLUSÃO

Todas as formas de discriminação, tais como, lesbofobia, homofobia, bifobia, travestifobia, transfobia e intersexofobia devem ser consideradas como uma determinação social no processo saúde-doença, contribuindo também negativamente no processo de terminalidade e fase final de vida das pessoas LGBT em cuidado paliativo.

À vista disso, cuidado paliativo é uma abordagem que visa aliviar o sofrimento do paciente e família num contexto de doença ameaçadora de vida, sendo assim, também deve ter como objeto de trabalho a eliminação dos preconceitos institucionais, promovendo maior qualidade de vida e de acompanhamento profissional.

Por conseguinte, a partir de uma assistência multiprofissional com alcance de todas as dimensões de sofrimento, o Serviço Social se coloca na equipe como tradutor da realidade vivida pelos usuários e famílias, considerando também as dimensões da orientação sexual e identidade de gênero, bem como, raça/etnia e classe.

As autoras Cisne e Santos (2018, p. 26), elucidam:

Queremos dizer que essas dimensões [...] determinam, em grande medida, as múltiplas relações sociais que nos compõem e que estabelecemos, seja por gerar situações desiguais entre indivíduos nas relações interpessoais e oferecer situação de privilégio a alguns em detrimento de outros(as), seja por estruturar relações de poder, exploração e opressão de um grupo social ou classe sobre outro.

A partir desse olhar crítico sobre a dinâmica das relações sociais que também se somam ao sexo, gênero, sexualidade, raça/etnia e classe, o assistente social dentro de uma equipe de Cuidados Paliativos fornece subsídios para que se evite causar mais sofrimento ao indivíduo e sua família numa fase

considerada delicada, dado que em muitas situações o sujeito dá entrada com o acompanhamento pela equipe já em processo de terminalidade e/ou processo ativo de morte, o que faz com o tempo seja algo muito importante durante essa fase.

Permitindo que este indivíduo possa ser chamado pela equipe pelo nome o qual ele se identifica, evitando atribuir-se uma identidade de gênero, orientação sexual ou sexo para qualquer paciente, familiar e até mesmo colegas e funcionários da equipe de cuidado paliativo. Assim como, atender as necessidades por meio do encaminhamento das pessoas transgêneros (termo guarda-chuva) e intersexo na entrada da internação para o leito com o qual se identificam e garantir também o uso de banheiros inclusivos a todos.

Quanto a este campo, o ideário de um cuidado paliativo mais inclusivo constitui-se atualmente com muitos desafios, pois ainda é uma área pouco explorada, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais para o atendimento das especificidades das pessoas LGBTI.

Destarte, o Serviço Social na perspectiva do projeto ético-político profissional “assume explícito compromisso com a defesa da liberdade como valor ético central e da diversidade humana”. (CISNE; SANTOS, 2018, p. 193).

REFERÊNCIAS

ACQUAVIVA, Kimberly D. **LGBTQ – Inclusive Hospice and Palliative Care: a practical guide to transforming professional practice**. New York: Harrington Park Press, 2017.

ALBUQUERQUE, Glayce Alencar et al. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 516-524, jul./set. 2013.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artemed, 2014.

ANDRADE, Letícia et al. O papel do assistente social em equipe de cuidados paliativos: visão geral. In: **MANUAL da Residência de Cuidados Paliativos: abordagem multidisciplinar**. São Paulo: Manole, 2017.

ANDRADE, Letícia. O papel do assistente social em equipes de cuidados paliativos: visão geral. In: CUIDADOS Paliativos e Serviço Social: um exercício de coragem. São Paulo: Setembro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.use.ufscar.br/direitos-e-deveres-dos-usuarios/carta-direitos-usuarios>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - LGBT**. Brasília, 2013.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, Diversidade Sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução CFESS Nº 489/2006 de 03 de Junho de 2006**. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação ou expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social, regulamentando princípio inscrito no Código de Ética Profissional. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/pdf/resolucao_4892006.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.

DIAS, Maria Berenice. **Homoafetividade e os Direitos LGBTI**. 6. ed. reformulada. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2014.

FERREIRA, Guilherme Gomes. **Diversidade Sexual e de Gênero e o Serviço Social no Sociojurídico**. São Paulo: Cortez, 2018.

FRASER, Roberta Tourinho Dantas; LIMA, Isabel Maria Sampaio Oliveira. Intersexualidade e Direito à Identidade: uma discussão sobre o assentamento civil de crianças intersexuadas. **Journal of Human Growth and Development**. Salvador, 2012. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/46703/50468>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

IAMAMOTO, M. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2012.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. IN: **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30.

FÉBOLE, Daniele da Silva; MOSCHETA, Murilo dos Santos. A população LGBT e o SUS: produção de violências no cuidado em saúde. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO SEXUAL: SABERES/TRANS/VERSAIS CURRÍCULOS IDENTITÁRIOS E PLURALIDADES DE GÊNERO, 5., 2017. **Anais...** 2017. Disponível em:

<<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3164.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2018

HENNING, Carlos Eduardo. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos “idosos LGBT”. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 23, n. 47, p. 283-323, jan./abr. 2017.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. Trabalhando com história oral: reflexões sobre procedimentos de pesquisa. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 2, n. 11, p. 123, 2000.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade**. Belo Horizonte, 2006.

UNIVERSIDADE DE SANTA CATARINA (UFSC). **Violência e Perspectiva Relacional de Gênero**. Org. Kathie Njaine et al. Florianópolis: UFSCS, 2014, p. 32.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Palliative Care**. Revisado em Agosto de 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/>>. Acesso em: 02 abr. 2018.