



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LÍVIA LIMA GURGEL

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ NO SUS: PESQUISA INTER(IN)VENÇÃO
COM USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

FORTALEZA

2025

LÍVIA LIMA GURGEL

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ NO SUS: PESQUISA INTER(IN)VENÇÃO
COM USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Orientador: Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- G987s Gurgel, Lívia Lima.
Saúde da população LGBTQIA+ no SUS : Pesquisa inter(in)venção com usuários e profissionais da atenção primária / Lívia Lima Gurgel. – 2025.
340 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2025.
Orientação: Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros.
1. Pessoas LGBTQIA+. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Psicologia; Saúde Coletiva. I. Título.
CDD 150
-

LÍVIA LIMA GURGEL

**SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBTQIA+ NO SUS: PESQUISA INTER(IN)VENÇÃO
COM USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Aprovada em: 23/10/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. João Paulo Pereira Barros (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Aureliano Lopes da Silva Junior
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ)

Prof.^a Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dr. Marcos Antônio Ferreira do Nascimento
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Prof.^a Dra. Carolina dos Reis
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS)

Para minha mãe, Fabíola, que é porto seguro, sempre.

Agradecimentos

Pensar na conclusão de uma etapa como o doutorado me remete a perguntas tais como: Quando se inicia um sonho? Quando um desejo toma forma? Quando você passa a acreditar que é possível? Penso que nenhum sonho se mostra como possível quando se está sozinha. Talvez esta seja uma das certezas que tenho na vida. É preciso agradecer aos meus, àqueles e àquelas que acreditaram em meus sonhos e desejos e, assim, me fortaleceram para traçar os caminhos imaginados. A quem estive partilhando e segurando minhas mãos quando elas não estavam tão firmes, a quem me inspirou a me ajudou a acreditar em um outro mundo possível, um mundo justo, menos desigual, no qual estaremos fortalecidos/as e menos vulneráveis.

Fabíola, minha mãe, nunca haverá palavras ou abraços suficientes para agradecer por seu amor, sua confiança em mim, por nosso encontro nesta vida. Só posso reafirmar enquanto estivermos neste plano o quanto a senhora me inspira e me dá a certeza que não estou sozinha neste mundo. Obrigada por cada renúncia, pela paciência em meus processos, pelo colo sempre que preciso, por estar ao meu lado incondicionalmente, por continuar sendo tão potente e inventiva. Eliezer, meu pai, sou grata por nosso afeto, nossos laços que se fortaleceram, pelo seu amor e carinho. Aos demais familiares, pela torcida e carinho!

Amanda, que tem me acompanhado neste caminho, sou imensamente grata por todo o apoio que você me traz, por acreditar em mim enquanto profissional, mesmo nos dias mais incertos, por estar ao meu lado mesmo diante de dias e decisões difíceis, por atravessá-los comigo com amor e paciência, pelas trocas, pelo afeto e por permanecer ao meu lado.

Às minhas amigas, gostaria que pudessem dimensionar o quanto amo vocês e o quanto sou grata. Ana Paula, Bruna, Camila, Eveline, Larissa, Marcela, é bonito demais saber que nossos laços, que tiveram início na década passada, entre os muros da Psicologia, continuam firmes. Vocês me inspiram a ser uma pessoa melhor, com seus posicionamentos no mundo, as

lutas que cada uma trava, as bandeiras que levantam, e a sensibilidade com a qual olham para o mundo, para as pessoas e para mim, tantas vezes. Gostaria que houvesse mais de vocês e mais de nós, este seria um lugar melhor.

Denise, gostaria que você estivesse aqui, dividindo os dias com a gente. Nos ajudando a ser mais pacientes, mais presentes, mais sensíveis, mais questionadoras, nos ensinando um pouco mais sobre ser Psicóloga e ser Denise. Você foi e é única, e se foi cedo demais. Obrigada pelos momentos partilhados.

Demar, nosso encontro nesta vida desde o início tem se mostrado um grande presente, sou muito grata por todas as trocas, pela sensibilidade com a qual você sempre olha para o mundo, por todas as vezes em que me fortaleci em nossa amizade, com sua escuta, seu carinho e sua forma de olhar para o mundo! Obrigada por tudo!

Lari, sou muito grata por sua amizade, por nossos laços se manterem firmes mesmo com a distância física que sempre existiu e com a vida adulta, que parece ter chegado pra valer, né? Saber que continuamos presentes na vida uma da outra me traz um alívio imenso ao coração. Continuarei sempre pedindo pra você revisar os resumos em inglês de todas as minhas produções acadêmicas, Lari Young.

Aos amigos que cruzaram meu caminho nessa loucura de vida e permaneceram, gostaria de deixar registrado o quanto vocês são importantes, o quanto sou grata por tantos momentos vivenciados, por tudo que aprendemos uns com os outros, em nossas diferenças, mas principalmente através do amor e do companheirismo que somente amigos nos oferecem. Viana, Lopes, Michael, Hermerson, Nayara, Chris, Ramon, Marcílio, Laisa, Bel, Thiago, amo vocês!

Às amigas Alane e Islândia, que me fortaleceram e compartilham o dia a dia em São Gonçalo, entre UBS, secretaria de saúde, visitas domiciliares, reuniões, almoços, muito

obrigada: vocês tornaram os dias mais leves e eu aprendi muito com vocês sobre ser uma profissional ética, comprometida, em busca de um SUS para todos, assim como com cada paciente que atravessou meu caminho.

À gestão da Saúde de São Gonçalo do Amarante, que desde o primeiro momento apoiou a realização da pesquisa, muito obrigada.

À cada pessoa que se dispôs a participar desse estudo, compartilhando suas histórias, perspectivas, trazendo sua voz para possibilitar a invenção de uma tese que busca produzir fissuras e mudanças em nosso sistema de saúde: sou imensamente grata! Cada usuário da APS e cada profissional contribuiu enormemente com a construção dessa tese, que não existiria sem vocês.

Às professoras e aos professores que compuseram as bancas de qualificação e de defesa desta tese, sou imensamente grata pelas contribuições trazidas a esse trabalho.

Ao meu orientador, Prof. João Paulo, e ao VIESES: ter estado no VIESES, com pessoas tão potentes, sensíveis, plurais, me tornou a pesquisadora que sou hoje. Larissa, Fernando, Flor, May, Cássia, CJ, que estiveram mais próximas em nossos momentos de pós, aprendi com cada discussão teórica, metodológica, com cada momento de partilha, de escuta, de trama coletiva. Em nossas tramas pude ampliar meus olhares sobre a Psicologia que queremos, sobre as formas de enfrentamento às desigualdades, sobre a forma de criação de resistências para que possamos habitar o mundo que desejamos. Estar com pessoas que se inquietam, que buscam inventar caminhos coletivos me possibilitou transitar por esses 4 anos e meio com mais leveza e mais potência. Prof. João Paulo, sua orientação foi fundamental para a construção e conclusão deste trabalho. Agradeço pelos momentos de escuta e incentivo, pelas sugestões que sempre agregaram ao trabalho, por ter acreditado nesta pesquisa junto comigo.

Para produzir outros mundos, é preciso começar a inventá-los em algum lugar, em nossos desejos, sonhos e, porque não, em nossas pesquisas? Que nossas pesquisas e as vozes de todas as pessoas que permitem suas construções sejam o maquinário para destruir mundos violentos e criar mundos possíveis de serem vividos!

“Preciso não escrever, mas insisto e escrevo. Uma promessa e uma dívida: de mesmo em face do máximo despojamento, preservar com a própria vida esse risco” (Mombaça, 2017, p. 20).

Resumo

O Brasil possui, desde 1990, um Sistema Único de Saúde (SUS) que tem, entre as principais Portas de Entrada, a Atenção Primária à Saúde, que deve ofertar assistência à saúde no território, sem qualquer exclusão baseada em critérios como gênero, cor/etnia, orientação sexual e identidade de gênero. Apesar disso, a matriz cisheteronormativa, que atua pelas normas cisgêneras e heterossexuais, constitui as práticas de saúde do SUS cotidianamente. Diante disso, a seguinte questão-problema guiou esta pesquisa: que desafios e possibilidades relacionadas à assistência à saúde da população LGBTQIA+ são experienciados na atenção básica do SUS? Esta tese teve como objetivo principal analisar desafios e possibilidades relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+ na atenção básica do SUS. Para isso, trazemos como objetivos específicos: Conhecer como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS, a partir de usuárias/os LGBTQIA+ e de profissionais da APS; Discutir sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+ e suas articulações à PNSILGBT; Refletir sobre os impactos que as experiências na Atenção Primária produzem sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes, discutindo a temática a partir de vozes LGBTQIA+ e de profissionais que atuam na APS. A metodologia da pesquisa se apresentou a partir de uma abordagem qualitativa, alinhada à pesquisa inter(in)venção, alicerçada em feminismos subalternos, tais como o feminismo negro e transfeminismos. O campo dessa pesquisa se constituiu a partir das trajetórias e experiências de pessoas LGBTQIA+ na APS em São Gonçalo do Amarante (Ceará) e de profissionais que atuam na atenção básica no referido município. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com dez (10) pessoas LGBTQIA+ e foi realizada uma oficina com 23 profissionais da APS. A discussão estabeleceu articulações entre a Psicologia e estudos sobre gênero, o campo da saúde coletiva, orientações sexuais dissidentes, cisheteronormatividade e interseccionalidade.

Como resultados apontamos para presença de inúmeras expressões da LGBTQIA+fobia nos espaços da APS, como falta de acolhimento, a invisibilização de suas orientações sexuais e/ou identidades de gênero, a falta de respeito ao uso do nome social e do pronome, a correlação feita entre pessoas LGBTQIA+ e o HIV e a Aids; entre as demandas de saúde destacadas, estão a saúde sexual e reprodutiva, saúde mental e questões referentes aos processos de transição de gênero; no que se refere aos caminhos de enfrentamentos às experiências de LGBTQIA+fobia na APS e aos desafios identificados na APS, destacam-se os processos de educação permanente e a capacitação profissional; garantia de acesso e acolhimento nas UBS; efetivação da PNSILGBT; e ações educativas em diferentes espaços. Apontamos a produção de práticas que se guiam pela cisheteronormatividade no campo da saúde, o que nos traz a urgência de que o campo da saúde coletiva seja tensionado, a fim de que as práticas de desatenção a usuárias/os LGBTQIA+ sejam desconstruídas, fissuras sejam produzidas no cotidiano das práticas cisheteronormativas na APS, dando lugar à efetivação dos princípios do SUS na atenção ofertada à essa população.

Palavras-chave: Pessoas LGBTQIA+; Atenção Primária à Saúde; Psicologia; Saúde Coletiva

Abstract

Since 1990, Brazil has maintained a Unified Health System (SUS), in which Primary Health Care (PHC) constitutes one of the main entry points. PHC is responsible for providing healthcare within the territory, ensuring access without any exclusion on the basis of gender, race/ethnicity, sexual orientation, or gender identity. Nevertheless, the cisheteronormative matrix— that operates according to cisgender and heterosexual norms—constitutes the everyday practices of SUS. Against this backdrop, the research was guided by the following central question: what challenges and possibilities regarding healthcare for the LGBTQIA+ population are encountered in SUS's primary care? The primary objective of this doctoral research was to analyze the challenges and possibilities concerning healthcare for the LGBTQIA+ population in SUS's PHC. The specific objectives were: (i) to examine the experiences of LGBTQIA+ individuals seeking healthcare in PHC; (ii) to discuss the health needs of the LGBTQIA+ population and their articulations with the National Policy for Comprehensive Health of Lesbians, Gays, Bisexuals, *Travestis*, and Transsexuals (PNSILGBT); and (iii) to reflect on the impacts of PHC experiences on the health of LGBTQIA+ people, considering strategies for confronting the difficulties and challenges reported by participants, while engaging with the perspectives of both LGBTQIA+ individuals and PHC professionals. Methodologically, the study adopted a qualitative approach aligned with intervention research, grounded in subaltern feminist frameworks such as Black feminism and transfeminisms. The empirical field was constructed from the trajectories and experiences of LGBTQIA+ individuals in PHC in São Gonçalo do Amarante (Ceará, Brazil), as well as professionals working in primary care in the same municipality. Data collection involved semi-structured interviews with ten (10) LGBTQIA+ individuals and a workshop with twenty-three (23) PHC professionals. The analysis articulated Psychology and gender studies with the field of collective health, dissident sexualities, cisheteronormativity, and intersectionality. Findings

reveal the presence of multiple expressions of LGBTQIA+phobia within PHC, including lack of welcoming, invisibilization of sexual orientations and/or gender identities, disrespect for social name and pronoun usage, and the persistent association of LGBTQIA+ people with HIV/AIDS. The main health demands identified included sexual and reproductive health, mental health, and issues related to gender transition processes. With regard to strategies for confronting LGBTQIA+phobia in PHC and addressing the challenges identified, the study highlights the importance of continuous professional education and training, guaranteed access and welcoming practices in Basic Health Units (UBS), effective implementation of the PNSILGBT, and educational initiatives in different spaces. The study concludes that health practices remain strongly structured by cisheteronormativity, which underscores the urgent need to challenge and transform the field of collective health. It is essential to dismantle practices of neglect toward LGBTQIA+ users, to create fissures in the everyday reproduction of cisheteronormativity within PHC, and to advance the effective realization of SUS principles in the care provided to this population.

Keywords: LGBTQIA+ individuals; Primary Health Care; Psychology; Collective Health.

Resumen

Desde 1990, Brasil cuenta con un Sistema Único de Salud (SUS), en el cual la Atención Primaria de la Salud (APS) constituye una de las principales puertas de entrada. La APS es responsable de proveer atención sanitaria en el territorio, garantizando el acceso sin ningún tipo de exclusión por motivos de género, raza/etnia, orientación sexual o identidad de género. No obstante, la matriz cisheteronormativa — que actúa conforme a normas cisgénero y heterosexuales— configura las prácticas cotidianas del SUS. En este marco, la investigación fue guiada por la siguiente pregunta central: ¿qué desafíos y posibilidades en relación con la atención en salud de la población LGBTQIA+ se experimentan en la APS del SUS? El objetivo principal de esta investigación doctoral fue analizar los desafíos y posibilidades vinculados a la atención en salud de la población LGBTQIA+ en la APS del SUS. Los objetivos específicos fueron: (i) examinar las experiencias de las personas LGBTQIA+ en la búsqueda de atención en la APS; (ii) discutir las demandas de salud de la población LGBTQIA+ y sus articulaciones con la Política Nacional de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis y Transexuales (PNSILGBT); y (iii) reflexionar sobre los impactos que producen las experiencias en la APS en la salud de las personas LGBTQIA+, considerando estrategias para enfrentar las dificultades y desafíos señalados por las/os participantes, a partir de las voces tanto de personas LGBTQIA+ como de profesionales que actúan en la APS. Metodológicamente, el estudio adoptó un enfoque cualitativo, en consonancia con la investigación inter(in)venición, fundamentada en feminismos subalternos como el feminismo negro y los transfeminismos. El trabajo de campo se construyó a partir de las trayectorias y experiencias de personas LGBTQIA+ en la APS de São Gonçalo do Amarante (Ceará, Brasil), así como de profesionales que se desempeñan en la atención primaria en dicho municipio. La recolección de datos incluyó entrevistas semiestructuradas con diez (10) personas LGBTQIA+ y un taller con veintitrés (23) profesionales de la APS. El análisis articuló la Psicología y los estudios de género con el campo de la salud colectiva, las

sexualidades disidentes, la cisheteronormatividad y la interseccionalidad. Los resultados señalan la presencia de múltiples expresiones de LGBTQIA+fobia en los espacios de la APS, tales como la falta de acogida, la invisibilización de orientaciones sexuales y/o identidades de género, el irrespeto al uso del nombre social y de los pronombres, así como la persistente asociación de personas LGBTQIA+ con el VIH y el sida. Entre las principales demandas de salud identificadas se destacan la salud sexual y reproductiva, la salud mental y cuestiones relativas a los procesos de transición de género. En cuanto a las estrategias de enfrentamiento de la LGBTQIA+fobia en la APS y a los desafíos señalados, se destacan la educación continua y la capacitación profesional, la garantía de acceso y acogida en las Unidades Básicas de Salud (UBS), la implementación efectiva de la PNSILGBT y las acciones educativas en distintos espacios. El estudio concluye que las prácticas de salud siguen estando fuertemente estructuradas por la cisheteronormatividad, lo que evidencia la urgencia de tensionar y transformar el campo de la salud colectiva. Resulta fundamental dismantelar las prácticas de desatención hacia usuarias/os LGBTQIA+, abrir fisuras en la reproducción cotidiana de la cisheteronormatividad en la APS y avanzar hacia la realización efectiva de los principios del SUS en la atención brindada a esta población.

Palabras clave: personas LGBTQIA+; Atención Primaria de Salud; Psicología; Salud colectiva

Lista de Figuras

Figura 1 - Divisão do território de São Gonçalo do Amarante por Regionais.....	42
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1

<i>Pessoas LGBTQIA+ entrevistadas</i>	<i>51</i>
---	-----------

Tabela 2

<i>Profissionais da APS que participaram do momento de educação permanente</i>	<i>54</i>
--	-----------

Tabela 3

<i>Síntese dos objetivos e das perguntas elaboradas para a entrevista</i>	<i>59</i>
---	-----------

Lista de Abreviaturas e Siglas

AB	Atenção Básica
ABGLT	Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretrovirais
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDH	Comissão Interamericana de Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNLGBTQIA+	Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras
CREAS	Centro de Referências Especializado de Assistência Social
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da Aids
GEPSID	Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras
GT	Grupo de Trabalho
HIV/Aids	Vírus/Síndrome da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBRAT	Instituto Brasileiro de Transmasculinidades
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos

LGBTQIA+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais
LGBTQIAP+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Pansexuais
MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MMFDH	Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PNSILGBT	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
PeP	Profilaxia Pós-Exposição
PPE	Plano Estadual de Educação do Ceará
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PST	Projeto de Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SAES/MS	Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde
SGA	São Gonçalo do Amarante
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TTP	Tratamento para Todas as Pessoas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIESES	Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Violência, Exclusão Social e Subjetivação

Sumário

Psicóloga e Pesquisadora na Atenção Primária à Saúde: pistas iniciais sobre experiências de pessoas LGBTQIA+	23
Contribuições feministas à uma política de pesquisa-inter(in)venção em Psicologia no campo da Saúde Coletiva	44
Campo e participantes – Na Terra dos Anacés, entre sede, praias e sertões, vozes plurais ecoam	57
Dispositivos metodológicos: entrevistas e oficinas	65
<i>Entrevistas com Pessoas LGBTQIA+ Acompanhadas na APS</i>	65
<i>Oficina com profissionais da APS: dispositivo grupal</i>	76
Análise e aspectos éticos	80
Saúde de pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária: o campo capturado pela LGBTQIA+fobia	87
Expressões da LGBTQIA+fobia na APS: “É o local que é pra você se sentir seguro e acolhido e você não se sente”	92
Estigmatização da população LGBTQIA+ na APS: “Cara, só gay pega? Eu sempre me questionei isso. Só gay pega HIV e outros tipos de doenças?”	120
Denunciar para constranger e transformar a APS	131
Desusos do nome social e do pronome de pessoas trans na APS: “Não houve, assim, essa abertura do posto em si em transicionar junto comigo”	131
Atravessamentos interseccionais na produção de LGBTQIA+fobia nos espaços de assistência à saúde: “As minhas bandeiras eram sempre muito difíceis, porque eu sou mulher, lésbica e sou negra”	153
Demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+: análises a partir de narrativas de LGBTQIA+ e profissionais da saúde	178
Questões de Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas LGBTQIA+	183
Questões de Saúde Mental e impactos da LGBTQIA+fobia	205
Questões sobre o processo transexualizador no SUS e para além dele	226
Traçando reflexões e pensando caminhos de enfrentamento aos desafios com relação à assistência à saúde da população LGBTQIA+ na APS	243

Formação profissional e educação permanente: “Então falta realmente informação para esse tipo de profissional e uma cabeça aberta”	244
Acesso e acolhimento na APS: “Você chega no posto e ser bem tratada, bem acolhida, você tem aquela vontade de voltar de novo”	259
Participação, controle social e efetivação de políticas públicas: “Existe, mas acho que existe no papel. Porque na vida real não funciona”	273
Ações educativas sobre diversidade sexual e de gênero e contra a LGBTQIA+fobia: “Só a educação nesses tempos obscuros que estamos vivendo pode transformar esse mundo”	283
Considerações finais	293
Referências	300
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	330
Apêndice B - Perguntas sugeridas para entrevista semi-estruturada	333
Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP	337

1 Psicóloga e pesquisadora na Atenção Primária à Saúde: pistas iniciais sobre experiências de pessoas LGBTQIA+

A presente tese de doutorado apresenta como tema a assistência à saúde de pessoas LGBTQIA+¹ na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Busca, em especial, discutir desafios e possibilidades relacionados à assistência à saúde da população LGBTQIA+ experienciados na atenção básica² do SUS. Essa temática será aqui discutida a partir de sujeitos LGBTQIA+³ que já tenham experienciado atendimentos na APS e de profissionais que atuem nesse campo. A partir dessa tese, pretende-se por em análise como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ ao buscarem a APS, quais demandas de saúde são reconhecidas pelas/os participantes da pesquisa, refletindo sobre os impactos produzidos na saúde da população LGBTQIA+ por tais experiências e pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes.

Para essas discussões, pretende-se partir de referenciais teóricos que englobam discussões sobre gênero e sexualidade; o campo da saúde coletiva, pensando sobre os processos de produção de saúde; adotando também uma perspectiva interseccional, considerando as articulações entre orientação sexual, gênero, raça e classe.

Antes de adentrar nos caminhos iniciais que me levaram à construção desse trabalho, torna-se válido realizar uma breve explanação. Quando falamos de população LGBTQIA+, o que significam todas essas diversas e múltiplas letras? A quem se referem? Ao nos referirmos

¹ Na presente tese iremos utilizar a sigla LGBTQIA+, que diz respeito ao grupo composto por lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, transexuais e travestis, queer, intersexuais, assexuais e outras orientações sexuais ou identidades de gênero que não são compreendidas pelas letras da sigla. Oficialmente, outras siglas são utilizadas, assim como nas diversas produções sobre a temática; assim, iremos respeitar, ao longo do texto, a utilização de diferentes siglas e denominações utilizadas de acordo com os materiais que forem citados.

² A Portaria n. 2.436, de 2017 estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Nela, são considerados como equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária, motivo pelo qual serão alternados neste texto.

³ Destacamos que, nesta tese, participaram pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e uma profissional de saúde pansexual. Utilizamos a sigla LGBTQIA+, mais ampla e mais utilizada, mas destacamos que as questões discutidas não abarcam todos os segmentos incluídos na sigla.

a pessoas LGBTQIA+, estamos falando de um grupo que se constitui por pessoas que fogem às normas de gênero e orientação sexual instituídas como naturais e legítimas.

Gênero se refere a formas de se identificar e ser identificada como homem ou como mulher. Orientação sexual se refere à atração afetivossexual por alguém de algum/ns gênero/s. Uma dimensão não depende da outra, não há uma norma de orientação sexual em função do gênero das pessoas, assim, nem todo homem e mulher é “naturalmente” heterossexual (Jesus, 2012, p. 12).

Assim, entendemos que pessoas transgênero, aquelas que não se identificam com o gênero que lhes foi designado ao nascimento, podem ter qualquer orientação sexual: podem ser gays (homens que se interessam por outros homens), lésbicas (mulheres que se interessam por outras mulheres), bissexuais (pessoas que se interessam por pessoas de ambos os gêneros), assexuais (que não apresentam interesse por afetivo-sexual por outras pessoas), heterossexuais (pessoas que se identificam com pessoas do gênero oposto), entre outras. E pessoas que se identificam enquanto gays, lésbicas, bissexuais ou assexuais podem se identificar, também, enquanto pessoas transgênero ou enquanto pessoas cisgênero (que se identificam com o gênero que lhes foi atribuído quando ao nascimento). Na sigla que utilizamos ao longo desse trabalho, também estão presentes as letras I, que se refere a pessoas intersexo (que nascem com características sexuais que não se encaixam nas noções binárias típicas de corpos masculinos ou femininos) e Q, que se refere a “Queer” (termo guarda-chuva para pessoas que não se enquadram nas normas tradicionais de gênero e/ou sexualidade). Portanto, “Gênero é diferente de Orientação Sexual, podem se comunicar, mas um aspecto não necessariamente depende ou decorre do outro. Pessoas transgênero são como as cisgênero, podem ter qualquer orientação sexual: nem todo homem e mulher é “naturalmente” cisgênero e/ou heterossexual” (Jesus, 2012, p. 13).

Seguindo na apresentação dessa tese, trago algumas considerações sobre transformações na construção do problema de pesquisa, seus objetivos e processo metodológico. Inicialmente, havia o desejo de construir uma pesquisa que acompanhasse práticas de resistência de mulheres lésbicas e bissexuais frente à lesbofobia e à bifobia, mulheres estas que fossem integrantes de coletivos na cidade de Fortaleza. Meus estudos sobre questões relacionadas ao universo LGBTQIA+ se iniciaram no mestrado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, quando passei a integrar o Grupo de Estudos e Pesquisas Subjetividades e Instituições em Dobras (GEPSID), onde construí uma pesquisa que teve como tema a adoção por casais homossexuais em Fortaleza (Gurgel, 2019). A partir dessa pesquisa, pude conhecer histórias de diferentes casais que já haviam adotado crianças/adolescentes ou estavam em processo de adoção e que compartilharam diversas experiências relacionadas ao exercício da parentalidade, medos e receios relacionados a ser um pai ou uma mãe LGBTQIA+, assim como experiências de LGBTQIA+fobia⁴ e racismo, este último principalmente relacionado às crianças/adolescentes adotados.

Durante o processo de construção e reconstrução contínua da pesquisa desenvolvida no mestrado, fui interpelada por processos pessoais que se mostraram novos, surpreendentes e instigantes. Foi durante a pesquisa, a partir de vivências pessoais descoladas do pesquisar, e de outras intrinsecamente relacionadas à pesquisa, que me percebi enquanto mulher bissexual. Tal percepção produziu uma intensidade de desejos relacionados à continuidade de estudos no campo das temáticas que dizem respeito às vivências de pessoas LGBTQIA+. Junto a isso, há

⁴ Frequentemente são utilizados os termos LGBTfobia ou LGBTIfobia, para se referir a: “discriminação, aversão ou ódio, de conteúdo individual ou coletivo, baseado na inferioridade das pessoas LGBTI+ em relação a heterocisnormatividade.” (Observatório de Mortes e Violências LGBTI no Brasil, 2023, p. 9). O termo engloba os diversos tipos de violências e discriminações direcionadas a pessoas que não são heterossexuais e que são transexuais ou travestis. No presente trabalho, utilizaremos o termo LGBTQIA+fobia com o mesmo significado. Também utilizaremos os termos lesbofobia, bifobia, transfobia e homofobia quando estivermos nos referindo a discriminações direcionadas a grupos específicos que constituem a sigla LGBTQIA+, mas que vivenciam tais processos com especificidades.

também a percepção de ser uma mulher bissexual branca, o que produz tensionamentos sobre ocupar um território novo, em que há uma vulnerabilidade e uma exposição a riscos, por conta da orientação sexual, mas privilégios que se relacionam à minha identificação étnica e racial. Pensar sobre como esses elementos se interseccionam ao constituir minha vivência se tornou, então, mobilizador de inquietações e impulsionador na direção da construção da ideia inicial da pesquisa a ser desenvolvida após o mestrado.

Com o início do doutorado, passei a integrar o Grupo de Pesquisas e Intervenções sobre Violência, Exclusão Social e Subjetivação (VIESES/UFC). Meu projeto inicial trazia uma pesquisa que possibilitasse direcionar o olhar para vivências de outras mulheres que se identifiquem enquanto lésbicas ou bissexuais, mas que possam ter vivenciado experiências de violências, mais especificamente a LGBTQIA+fobia, como tais violências impactam psicossocialmente e como é possível resistir e criar alianças diante disso, pensando também em alianças conjuntas, a partir de um local de mulher cisgênero bissexual branca.

Entretanto, ao longo do meu percurso laboral, algumas mudanças ocorreram, e tais mudanças me colocaram diante da necessidade de alterações na ideia inicial para a pesquisa a ser desenvolvida por mim. Concomitante ao início do doutorado, passei a trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), mais especificamente em uma equipe de NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), posteriormente transformada em Equipe Multiprofissional, no município de São Gonçalo do Amarante – CE, próximo a Fortaleza, e que tem cerca de 48 mil habitantes. A Equipe Multiprofissional da qual faço parte é responsável por seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas na região conhecida como “Sede”, ou seja, são as UBS mais centrais do município e onde há maior concentração populacional. Com o início da minha atuação no SUS, meu olhar continuou atento para as questões de gênero e sexualidade, porém agora no contexto das políticas públicas de saúde. Comecei a habitar o campo da pesquisa enquanto profissional da saúde da Atenção Primária

do SUS e como uma mulher bissexual, que caminhava e percorria espaços de diferentes UBS, nas quais comecei a atender pessoas LGBTQIA+, tendo sido a partir desse local o surgimento das primeiras inquietações para a construção desse trabalho. Em minha trajetória de vida, entretanto, não tive acesso ao SUS enquanto usuária das Unidades Básicas de Saúde, e aqui, vale ressaltar, por um recorte de classe social, que me possibilitou o acesso ao sistema privado de saúde durante toda a minha vida. Assim, ao iniciar minha atuação no SUS, em abril de 2021, foi também quando retomei o contato com sistema de saúde pública (antes vivenciado na graduação, em estágio), e quando comecei a ser atravessada por questionamentos que desembocaram na pesquisa aqui desenvolvida.

A partir disso, algumas pistas começaram a surgir, e algumas experiências vivenciadas em meu campo de atuação se destacaram e contribuíram para o reposicionamento do presente projeto. Uma dessas pistas iniciais diz respeito a um atendimento psicológico, com uma pessoa que se identifica enquanto LGBTQIA+, e que entrou na sala para atendimento com o seu prontuário em mãos, o que me chamou atenção, considerando que os prontuários são entregues por alguém da recepção, a partir da lista de pacientes agendados para aquele dia. O atendimento transcorre e questões sobre a sua orientação sexual são abordadas, de forma discreta, com o véu do “subentendido” em alguns momentos, e em outros de forma mais explícita. Ao final, a pessoa solicitou que o prontuário fosse devolvido e que iria esperar do lado de fora, até que eu tivesse concluído a evolução.

Compreendi que aquela pessoa estava com aquele documento por não querer que ele ficasse na unidade de saúde. Essa percepção produziu um estranhamento e um incômodo, pois indicou que havia um provável receio de que alguém tivesse acesso ao prontuário e às informações contidas nele, informações estas que aquela pessoa não gostaria que fossem compartilhadas. Fiz a evolução de forma cuidadosa, escolhendo as palavras, informando apenas o estritamente necessário para que aquelas questões não fossem expostas para os

demais profissionais que possam vir a atender aquela pessoa no futuro, já que se tratava de um prontuário multiprofissional. Tudo como diz os manuais, o código de ética, as resoluções sobre produção de documentos psicológicos. Mas os manuais não falam sobre o porquê de omitirmos certas informações em prontuários multiprofissionais, por exemplo. Os manuais não falam sobre possivelmente omitir informações acerca da orientação sexual de um/uma paciente, pois a heterossexualidade compulsória faz com essas pessoas tenham receios relacionados ao compartilhamento dessa informação. Os manuais servem para garantir alguma segurança, ao paciente, ao profissional, mas nada ensinam sobre o porquê de algumas informações precisarem ser omitidas.

Trago esse atendimento como pista, pois foi um analisador de várias questões, tais como: Como pessoas LGBTQIA+ se sentem ao procurar a Atenção Primária do SUS? Há vivências de discriminações, preconceitos? São (re)produzidas violências contra pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária? Quais as perspectivas de profissionais que atuam nas UBS? Como usuários/as e profissionais compreendem as demandas de saúde dessa população? Há sigilo sobre as informações dos pacientes nas unidades de saúde? Enquanto psicóloga e profissional da saúde pública, como posso contribuir para o enfrentamento de estigmas e discriminações contra pessoas LGBTQIA+ no SUS? Como posso contribuir para a produção de linhas de cuidado que levem em conta as especificidades em saúde dessa população? Foram questionamentos difíceis de serem silenciados.

Além da minha trajetória pessoal-acadêmica-laboral, que me direcionou para as questões referentes às pessoas LGBTQIA+, existem elementos do cenário social que trazem importância para o tema. Podemos apontar que, no contexto nacional, alguns direitos relacionados à população LGBTQIA+ vêm sendo conquistados. Cito, como exemplo, a decisão tomada pelo Supremo Tribunal Federal (STF), em maio de 2011, que reconhece a união estável entre pessoas do mesmo sexo. Também em 2011 foi lançada a Política Nacional

de Saúde Integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (PNSILGBT), instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011 (2011), importante marco no campo da saúde para a população LGBT⁵. Já em 2013, tivemos a decisão do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) acerca do casamento civil entre pessoas do mesmo sexo. Por meio da Resolução n. 175 (2013), o CNJ decidiu por proibir que os cartórios se negassem à habilitação, celebração de casamento civil ou de conversão de união estável em casamento entre pessoas de mesmo sexo. Mais recentemente, em 2018, por meio do Provimento n. 73/2018 da Corregedoria Nacional de Justiça (2018), modificado pelo Provimento n. 153, de 2023, pessoas com mais de 18 anos passaram a poder solicitar no cartório de registro civil de origem a mudança de nome e de gênero, adequando sua certidão de nascimento ou casamento à identidade autopercebida. Isso significa, então, que pessoas transexuais podem ter o processo de mudança de nome e de gênero facilitado, sem a imposição da presença de advogados ou laudos médicos e psicológicos para a mudança. Em 2019, o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a discriminação contra pessoas LGBTQIA+, aprovando, portanto, a criminalização da LGBTQIA+fobia. Não houve mudanças legislativas no Brasil a partir dessa decisão, o que ocorreu foi que, ao se posicionar favoravelmente à criminalização, o STF aumentou a interpretação da Lei do Racismo, que passou a incluir também a discriminação a pessoas LGBTQIA+ (Revista Híbrida, 2019). Apesar de tais conquistas de direitos gerarem grandes debates socialmente (debates que não serão expostos ao longo desse texto por não serem o foco da presente tese), inclusive dentro da comunidade LGBTQIA+, há que se refletir sobre a importância de tais mudanças no cenário brasileiro, uma vez que somos um país extremamente marcado por violências contra homossexuais e transexuais.

⁵ A política não inclui, em sua sigla, as letras QIA+, portanto será utilizada a sigla LGBT ao nos referirmos à referida política.

Entretanto, o campo dos debates sobre gênero, sexualidades e direitos das pessoas LGBTQIA+ é atravessado continuamente por tensões. Apesar de mudanças, como as citadas anteriormente, poderem ser celebradas e vistas como avanços, as iniciativas contrárias são persistentes e violentas. Citamos, como exemplo, que:

Todos os avanços e políticas afirmativas para a população LGBT+ vieram por meio de interlocução com o Executivo ou por via judicial, lembrando que o direito ao casamento igualitário (Resolução nº 175/2013)¹⁵ e a retificação civil de pessoas trans (Provimento nº 73/2018), ambos do Conselho Nacional de Justiça, até hoje não se tornaram lei federal, já que estes projetos foram rechaçados pelo Congresso Nacional (Benevides & Aguiar, 2019, p. 49)

Trazemos, também, o recente período vivenciado no Brasil, referente à eleição presidencial de 2018, ano em que foi eleito como presidente do Brasil uma figura política saudosa do período ditatorial brasileiro e que, mais de uma vez, teceu discursos LGBTQIA+fóbicos, tais como: “Gostar de homossexual? Ninguém gosta, a gente suporta”⁶; Também verbalizou: “E eu tenho imunidade pra falar que eu sou homofóbico sim, com muito orgulho”⁷; “o filho começa a ficar meio assim, meio gayzinho, leva um couro, ele muda o comportamento dele”⁸.

Além disso, a campanha presidencial do referido político se baseou na disseminação de *fake news*, principalmente via grupos de *whatsapp*, e entre elas constava a do “Kit gay”, termo pejorativo utilizado para se referir à cartilha “Escola sem homofobia”, que tinha como objetivo orientar professores sobre o respeito a pessoas LGBTQIA+ e promover campanhas de educação sexual nas escolas, visando prevenir o abuso sexual e incentivar denúncias. Em suas falas, o então candidato disseminava informações falsas, atribuía ao seu oponente na

⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=YeOGz8oJiUc>

⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=568g8510Cw0>

⁸ <https://www.youtube.com/watch?v=JZtaYvzzeTQ>

disputa presidencial a autoria do referido e inexistente “Kit gay”, e afirmava que seu oponente buscava promover a “ideologia de gênero” nas escolas, “incentivando” a homossexualidade, por exemplo, ou a sexualidade precoce nas crianças. Lionço, Alves, Matiello e Freire (2018) abordam a questão da ofensiva anti-gênero, iniciada nos anos 2000, pela igreja católica, que buscava naturalizar a sexualidade (no caso, a heterossexualidade) e a família tradicional (aquela formada por um homem e uma mulher). A ideologia de gênero, segundo apontam, trata-se de um dispositivo de poder, com bases fundamentalistas e religiosas, que busca paralisar debates democráticos e instituir normativas de gênero baseadas na cisheteronormatividade compulsória. O termo vem sendo utilizado como ferramenta estratégica para suprimir propostas educativas que abordam gênero e sexualidade nas escolas e coibir profissionais que desejam abordar a temática nos espaços educativos. Assim, o então candidato disseminou informações falsas relacionadas ao tema do gênero e da sexualidade, buscando gerar pânico entre eleitores conservadores e LGBTQIA+fóbicos. O que se presenciou no Brasil, após 2018, foi um acirramento das disputas em torno das temáticas de gênero e sexualidade, uma intensificação de ataques contra pessoas LGBTQIA+, e a sensação de que discursos de ódio e de intolerância passaram a ser cada vez mais legitimados e autorizados.

Durante os anos que se seguiram, entre 2019 e 2022, outros ataques aos direitos de pessoas LGBTQIA+ e novas investidas contra políticas públicas ocorreram. Segundo Grisa e Niederle (2021), os processos de desmonte de políticas públicas, no Brasil, se dão de forma deliberada pela extrema direita, em articulação aos interesses da base eleitoral desse grupo. Assim, a partir da vitória eleitoral de Bolsonaro, representante da extrema-direita, diversos movimentos de uma agenda anti-gênero e anti-LGBT foram postos em prática. Após a eleição, o Ministério dos Direitos Humanos (MDH) foi renomeado, passando a se chamar Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH). A chefia passou a ser

de uma pessoa que se apresentava publicamente como pastora e advogada, que atuava há alguns anos em oposição a políticas LGBTQIA+ no Brasil (Nexo Jornal, 2022). Vale ressaltar que “família”, no referido governo, referia-se a um modelo tradicional e específico de configuração familiar, formada por um homem e uma mulher e seus filhos, o que deixava à margem famílias formadas por pessoas LGBTQIA+. Em 2019, o programa brasileiro de combate ao HIV/Aids (que era tido como referência mundial) sofreu um desmonte; o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais foi alterado para Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, rebaixando a área de HIV/Aids a uma coordenação, o que implicou na perda de orçamento, por exemplo (Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 2020). Carlos, Pereira e Rodrigues (2025) destacam que o desmonte de políticas para minorias sociais no governo de Bolsonaro ocorreu de forma processual e progressiva, havendo intencionalidade em produzir estratégias de desmonte e vulnerabilização dessas populações. Ainda mais recente foi a eleição presidencial de 2022, na qual pautas que se referiam a questões de gênero e sexualidade continuaram sendo utilizadas politicamente por um dos candidatos, sendo alvo de ataques e sendo utilizadas para a disseminação de *fake news*, assim como em 2018, visando angariar votos de parte da população brasileira que se identifica com os discursos LGBTQIA+fóbicos do ex-governante.

Em diálogo com as considerações feitas acima, torna-se importante trazer alguns dados produzidos pelo Observatório de Mortes e Violências LGBTI no Brasil, publicizados por meio de dossiês. O Dossiê intitulado: Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil – Dossiê 2021, indica que no ano 2000 houve 130 mortes violentas de LGBTI+⁹ no Brasil, dados que continuaram a crescer, chegando a 316 no ano de 2021. Os números são registrados

⁹ O documento utiliza a sigla LGBTI+.

por organizações, como a Acontece Arte e Política LGBTI+, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) e a Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) (Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil, 2021). No Dossiê de 2022, visualizamos uma queda no número de casos fatais de LGBTQIA+fobia, com um total de 273 mortes de pessoas LGBTQIA+, o que configura a morte de uma pessoa a cada 32h. Além da violência a que são submetidas em vida, violências essas que chegam a retirar-lhes a própria vida, o dossiê também destaca que em alguns casos se percebe a continuidade da LGBTQIA+fobia, quando, por exemplo, ao noticiar o caso do assassinato de uma mulher trans, o veículo de informação usa o pronome masculino para se referir à vítima¹⁰ (Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil, 2022).

Durante o ano de 2023, foram 230 mortes de pessoas LGBT de forma violenta no país. Dessas mortes, 184 foram assassinatos, 18 suicídios e 28 por outras causas (Observatório de Mortes e Violências LGBTI+ no Brasil, 2024). Vale ressaltar que a subnotificação de casos de violências contra pessoas LGBTQIA+ no Brasil é um problema histórico e persistente, como destacado no Atlas da Violência 2021 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada & Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2021). Os números destacam a periculosidade do Brasil para essa população, e indicam que

A violência contra a população LGBTI+ é parte de um contexto de LGBTIfobia estrutural, definida como discriminação, aversão ou ódio, de conteúdo individual ou coletivo, baseado na inferioridade das pessoas LGBTI+ em relação à heteronormatividade. Isso implica em ausência de medidas e ações que incluam essa população em políticas públicas, propagando exclusão, violência e negação de

¹⁰ Disponível em: <https://www.alagoas24horas.com.br/1484563/policia-civil-investiga-se-enfermeiro-foi-morto-por-ser-homossexual-delegado-explica-em-video/>

direitos, especialmente os Direitos Fundamentais, como a própria vida (Observatório de Mortes e Violências LGBTI no Brasil, 2021, p. 7)

Como pontuado, esse é um campo atravessado por tensões, em que avanços e retrocessos caminham lado a lado, em uma disputa constante. Assim, também é importante destacar que apostamos em um horizonte mais dialógico para a comunidade LGBTQIA+ após o resultado da última eleição presidencial. Até o momento algumas medidas foram tomadas na direção da garantia dos direitos das pessoas LGBTQIA+ e para o enfrentamento da LGBTQIA+fobia.

Destacamos a criação da Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania; o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queers, Intersexos, Assexuais e Outras - CNLGBTQIA+; o Grupo de Trabalho (GT) para revisão da Portaria do Processo Transsexualizador; um GT para discutir o nome social e o sexo na nova carteira de identidade. Em maio de 2024, foi publicada a Portaria nº 1.693, de 10 de maio de 2024, da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde (SAES/MS). Segundo o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+ (2024), a portaria objetiva promover o direito à saúde de pessoas transexuais e travestis no Brasil, visando possibilitar o seu acesso a serviços de saúde de ginecologia, obstetrícia, urologia e proctologia no contexto do SUS, reconhecendo e respeitando às suas identidades de gênero autodeterminadas e independentemente da informação sobre sexo constante nos assentos do registro civil, sendo, portanto, um importante passo na direção da garantia dos direitos da comunidade transexual e travesti. Será possível realizar a autodeclaração de identidade de gênero, orientação sexual, etnia e nome social no aplicativo “Meu SUS Digital”, tornando o processo mais inclusivo.

No Ceará, houve a criação da Secretaria da Diversidade, a reestruturação do Conselho Estadual de Combate à Discriminação LGBTI+, com a assinatura de um termo de cooperação

entre a Secretaria da Diversidade, a Secretaria da Segurança pública e Defesa Social e a Secretaria da Administração Penitenciária e Ressocialização.

Diante do cenário que vinha sendo vivenciado no Brasil nos últimos 4 anos, com retrocessos, invisibilização da população LGBTQIA+, legitimação de violências e com a permanência do grande número de assassinatos dessas pessoas, as medidas citadas aparecem como um possível caminho para o enfrentamento de uma realidade dura e concreta em nosso país: continuamos sendo o país que mais mata pessoas LGBTQIA+ no mundo e precisamos encontrar formas de enfrentar e mudar essa realidade. As medidas, entretanto, não indicam que o caminho está garantido, mas talvez indiquem que existe maior possibilidade de diálogo, de proposição de ações, de enfrentamento à LGBTQIA+fobia, e que precisaremos, como sempre, estar atentas/os para acompanhar o andamento de tais grupos de trabalho, secretarias, movimentos, a fim de que as propostas não permaneçam somente no papel e longe de concretizar mudanças no contexto social e político do nosso País.

A partir desse traçado inicial, apontamos que o Brasil continua enfrentando desafios no que diz respeito à construção de formas de enfrentamento das inúmeras violências cometidas contra diversas minorias, tais como pessoas LGBTQIA+. No campo da saúde, a realidade também nos mostra a importância desse estudo.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (2013), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (também chamada Política Nacional de Saúde Integral LGBT) funciona como um importante marco e um divisor de águas no campo das políticas públicas de saúde no Brasil, reconhecendo as demandas de um grupo populacional que se encontra em condições de vulnerabilidade. Além disso, o Ministério da Saúde reconhece a necessidade de implantação de ações que tenham como objetivo o enfrentamento às discriminações contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde (destaca-se a ausência dos demais

grupos que compõem a sigla LGBTQIA+), apontando também o compromisso ético-político em todos os âmbitos do SUS, incluindo gestores, conselheiros, de técnicos e de trabalhadores de saúde (Ministério da Saúde, 2013).

Percebe-se, a partir das considerações realizadas pelo MS, que pensar uma política nacional de saúde voltada para a população LGBT se articula ao contexto social vivenciado por essa população no Brasil, marcadamente violento, discriminatório e excludente. Entretanto, mais de uma década após o lançamento da supracitada política, a realidade experienciada por pessoas LGBTQIA+ no Brasil, ao buscar acesso aos serviços públicos de saúde, permanece marcada pela LGBTQIA+fobia.

Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018) trazem dados, a partir de uma pesquisa realizada com gays, lésbicas e transexuais que utilizam ou já utilizaram o SUS, que indicam a existência de dificuldades na comunicação com profissionais da saúde, vivências de discriminação e estigmatização por parte de profissionais, e percebem barreiras no acesso aos serviços de saúde.

O acesso da população LGBTQIA ao SUS encontra dificuldades de operacionalização, uma vez que essa população não segue um padrão heteronormativo, e aquilo que os torna “diferentes” pode acabar sendo usado contra eles nos serviços de saúde. Dessa forma, o Estado acaba por incorporar a população LGBTQIA, através da lógica dos serviços que são ofertados, enquanto comunidade de perversos, indesejáveis (Ferreira, Pedrosa & Nascimento, 2018, p. 2).

Uma das participantes de pesquisa desenvolvida pelos referidos autores, é uma mulher lésbica, que refere ter vivenciado uma situação de violência simbólica ao buscar atendimento ginecológico, situação em que não houve qualquer acolhimento ou interesse em escutar a paciente. Outra participante afirmou que nunca houve nenhuma pergunta sobre sua orientação

sexual no atendimento ginecológico, e que o atendimento é realizado como se ela fosse uma mulher heterossexual, com vida sexual ativa com homens.

Nesse sentido, percebe-se que pode haver lacunas importantes nas práticas de saúde voltadas para mulheres lésbicas, que têm sua sexualidade invisibilizada, assim como necessidades específicas de saúde, reforçando padrões cisheteronormativos nas práticas de saúde. Outro participante da pesquisa, um homem gay, aponta para piadas e risadas que profissionais direcionam a ele por seu jeito afeminado, e fala sobre ter vivenciado diversos entraves na busca pelos atendimentos no SUS, como a culpabilização após uma violência física sofrida.

Além das narrativas de usuárias/os do SUS, pesquisas desenvolvidas com profissionais que atuam na Atenção Primária também indicam que o campo da saúde pode ser reprodutor de estigmas e violências, assim como invisibilizador de sexualidades e identidades de gênero dissidentes. Silva, Finkler e Moretti-Pires (2019, p. 1) realizaram uma investigação sobre as representações sociais dos trabalhadores da Atenção Primária à Saúde sobre pessoas LGBTQIA+, e concluíram que

As representações sociais dos trabalhadores estão fortemente ancoradas em morais religiosas e heterônomas, compreendendo as pessoas em questão a partir de uma ideia de promiscuidade, de risco a infecções sexualmente transmissíveis, de estereótipos, e entendendo sua sexualidade e identidade de gênero como incorretas, determinadas biologicamente ou, ainda, como antinaturais, sujeitas a uma questão de escolha pessoa.

Portanto, os estudos citados nos indicam que pode haver lacunas significativas no atendimento às pessoas LGBTQIA+ e na compreensão de profissionais sobre as questões relacionadas ao atendimento em saúde, ao combate aos preconceitos e ao reconhecimento desses sujeitos como sujeitos de direitos, o que pode estar relacionado a construção da heterossexualidade da cisgeneridade como normas sociais. Oliveira (2017) refere que, diante

dos insultos homo e transfóbicos, a reação produzida pode ser o de enfrentamento e da sabotagem (Spivak, 2012 *apud* Oliveira, 2017). Refere-se, também, ao movimento de entender os processos de heterossexualização (e incluo aqui os processos de cisgenerização) do mundo e desconstruí-los.

Assim, recorro a Oliveira para pensar ao que se propõe esse trabalho: sabotar a cisheteronorma que organiza as práticas de desatenção em saúde da população LGBTQIA+, entendendo que o sistema de saúde se constitui a partir dos processos de heterossexualização e cisgenerização do mundo, portanto, seus atores e suas práticas refletem essa construção, o que implica a necessidade de enfrentamento e sabotagem.

Consideramos, também, que o presente trabalho produz uma importante articulação entre a saúde coletiva e a psicologia, em um contexto no qual, nos últimos quatro anos, o SUS e a APS se tornaram alvo de desmontes e desinvestimentos, como, por exemplo, a extinção das equipes NASF-AB (que passam a existir somente por meio de financiamento municipal, como no caso de São Gonçalo do Amarante, tornando-se Equipe Multiprofissional em 2024), por meio da Nota Técnica n. 3/2020. Entende-se, aqui, a saúde coletiva como um campo que busca compreender a saúde e seus determinantes sociais, assim como as práticas que se direcionam para a sua promoção, prevenção e cuidado de agravos e doenças, tendo como foco não apenas o indivíduo, mas a coletividade (Paim, 1982).

Como refere o autor, se configura como uma área multiprofissional e interdisciplinar, que busca entender a relação entre a estrutura da sociedade e os processos de saúde/doença, olhando para os indivíduos como seres sociais e para as práticas de saúde como sendo atravessadas por questões econômicas, políticas e ideológicas. A psicologia se insere como uma das disciplinas que vem produzindo intervenções práticas e elaborações teóricas com relação aos processos de saúde-doença, considerando os determinantes sociais da saúde que produzem iniquidades, como no caso da população LGBTQIA+. No caso dessa população, a

orientação sexual e a identidade de gênero são consideradas como determinantes sociais, uma vez que a exclusão e a discriminação social produzem efeitos sobre o processo saúde-doença dessas pessoas, e devem ser levadas em conta quando pensamos sobre determinação social de sofrimento e de doença (Ministério da Saúde, 2013).

Apesar de recentes contribuições da Psicologia com relação aos estudos sobre gênero e diversidade sexual/de gênero buscarem tensionar práticas discriminatórias direcionadas a essa população e entender as relações de poder que produzem as normatividades, apontamos que a Psicologia, por muito tempo, se constituiu como campo de saber aliado aos interesses de grupos sociais que buscavam normatizar as existências de pessoas LGBTQIA+, “tendo contribuído com a categorização de sujeitos, corpos e vidas, a normatização de condutas, a patologização e a segregação de indivíduos” (Gurgel & Barros, 2022, p. 99). Coimbra (1997), ao contextualizar o cenário brasileiro durante a década de 70, refere uma forte influência da Psicologia Social Americana nas produções de conhecimento no Brasil, o que ocasionava uma psicologização do cotidiano, da vida social e política e uma legitimação de tecnologias de ajustamento. Havia o imperativo da normatização: das liberdades sexuais, profissionais e intelectuais das mulheres; dos casamentos; do controle de natalidade; e assim por diante.

Trazemos como exemplo o fato de que apenas em 1999 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução 01/1999, que estabelece orientações sobre a atuação de Psicólogos em relação à orientação sexual (deixando de fora identidades de gênero que fogem à cisgeneridade), na qual orienta sobre uma atuação profissional que vise o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra pessoas com comportamentos homoeróticos (Conselho Federal de Psicologia, 1999). Com relação a pessoas trans, somente em 2018 o CFP publicou uma resolução que orienta a atuação com pessoas trans e travestis (Conselho Federal de Psicologia, 2018) e somente em 2023 foi publicado o documento Referências Técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas

públicas para população LGBTQIA+ (Conselho Federal de Psicologia, 2023). Já em 2025, o CFP emitiu a Nota Técnica nº 11/2025, sobre a Atuação de Profissionais de Psicologia no Atendimento às Pessoas Trans, Travestis e Não Binárias. Portanto,

A Psicologia, a partir de perspectivas hegemônicas, positivistas, neutras, buscou consolidar conhecimentos que cristalizavam perspectivas de inteligibilidade, a partir de marcadores de gênero, sexualidade, raça, classe, entre outros, produzindo sujeitos normatizados e padronizados e sujeitos e corpos dissidentes, marginalizáveis. A normalidade esteve associada à heterossexualidade, à cisgeneridade, à branquitude e ao masculino, enquanto corpos privilegiados (Gurgel & Barros, 2022, p. 103).

As resoluções anteriormente citadas indicam uma luta por um redirecionamento das práticas e intervenções psi, o que não isenta o campo de ser arena de batalha com relação aos debates de gênero e sexualidade. Isso torna-se perceptível quando, por exemplo, grupos de Psicólogas/os buscam colocar em prática intervenções visando a suposta “Cura gay”, pautando orientações sexuais dissidentes como escolha, que pode ser revertida, ou como patologia, que pode ser curada, produzindo, portanto, práticas LGBTQIA+fóbicas, que passam a ser legitimadas por serem colocadas em práticas por profissionais de psicologia. Com relação às identidades de gênero que fogem à cisnormatividade, Fuchs, Hining e Toneli (2020) destacam a importância dos transfeminismos para a psicologia, que trouxeram discussões essenciais para a compreensão dos processos de subjetivação de gênero. O transfeminismo inclui, por exemplo, a categoria “cisgeneridade” para nomear aquilo que é considerado como norma e, uma vez sendo norma, não recebia destaque como objeto de estudo, diferentemente do que ocorria com pessoas trans, frequentemente postas como sujeitos a serem estudados. Os transfeminismos contribuíram, portanto, para que a Psicologia atuasse no enfrentamento à patologização e estigmatização de pessoas trans, em sentido

contrário a outras práticas e produções que colaboravam com a cisheteronormatividade vigente.

Diante dessas considerações, apontamos para a relevância de produções que partam da psicologia, em articulação a outros campos, como o da saúde coletiva, e que busquem pautar e problematizar as normas que insistem em reproduzir e atualizar processos de exclusão e violências, buscando produzir microfissuras no cotidiano de práticas, instituições e serviços, e que a psicologia

Se mantenha alinhada ao compromisso ético-político de produzir conhecimentos que dialoguem com o contexto social, político, econômico e cultural, revisando seus caminhos epistemológicos e metodológicos, analisando quem fala e de onde se fala, como se fala e quais os efeitos que os discursos das Psicologias produzem (Gurgel & Barros, 110).

Diante da discussão aqui empreendida, mostra-se como justificável a construção de uma pesquisa que busque ouvir usuárias/os LGBTQIA+ e profissionais da APS sobre suas experiências no sistema de saúde pública, a fim de compreender como essas relações estão (ou não) sendo construídas, como o serviço está sendo ofertado, como está sendo produzido atenção e acolhimento, além de prevenção e promoção de saúde para o público LGBTQIA+. A seguinte pergunta norteadora pode ser considerada como o problema de pesquisa do presente projeto: que desafios e possibilidades relacionadas à atenção à saúde da população LGBTQIA+ são experienciados na atenção básica do SUS? Como objetivo geral do trabalho, buscaremos compreender desafios e possibilidades relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+ experienciados na atenção básica do SUS. Para isso, trazemos como objetivos específicos os seguintes: Conhecer como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS; Discutir sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+ e suas articulações à PNSILGBT;

Refletir sobre os impactos que as experiências na Atenção Primária produzem sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes, discutindo a temática a partir de vozes LGBTQIA+ que já tenham experienciado atendimentos na APS e de profissionais que atuem nesse campo.

O texto será apresentado a partir de capítulos, organizados da seguinte forma: além deste primeiro capítulo introdutório, apresentaremos um capítulo teórico-metodológico, quatro analíticos, e um de conclusão. No capítulo 2, intitulado “Contribuições feministas à uma política de pesquisa em Psicologia no campo da Saúde Coletiva”, traremos considerações sobre a produção de uma pesquisa-inter(in)venção, aliançada a feminismos negros e transfeminismos. Serão apresentados o campo da pesquisa, os/as participantes, dispositivos metodológicos e serão tecidas considerações sobre a análise e procedimentos éticos. Nos capítulos 3 e 4, serão construídas análises e reflexões que se articulam ao primeiro objetivo específico do trabalho, ou seja, sobre experiências de pessoas LGBTQIA+ ao buscar a APS do SUS. No capítulo 5, buscaremos refletir sobre as principais demandas de saúde da população LGBTQIA+ reconhecidas pelas/os participantes do estudo, articulando-as à PNSILGBT e a discussão sobre as especificidades em saúde dessa população. No 6 capítulo, buscaremos construir reflexões e pensar caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes. Por fim, serão tecidas considerações finais, que não encerram as discussões aqui empreendidas, uma vez que apostamos na importância de constantes pesquisas e construção de conhecimento sobre a saúde da população LGBTQIA+.

Apostamos na tese de que os serviços de saúde se configuram, ainda, como um campo reprodutor de desigualdades e violências contra a população LGBTQIA+, através do qual a cisheteronorma se reinventa, marginalizando esses corpos, precarizando suas vidas, e produzindo desassistência à saúde dessas pessoas. Entretanto, acreditamos na possibilidade de acionar a potência do SUS e de seus atores para a construção de práticas que garantam acesso

universal, integral, de forma equitativa, e livre de discriminações, produzindo outras formas de atenção à saúde da população LGBTQIA+. Consideramos, portanto, que a APS se configura como um campo que necessita de inter(in)venções, tensionamentos e rupturas na lógica de funcionamento, para colocar em movimento formas de enfrentamento à LGBTQIA+fobia institucionalizada e reinventada no cotidiano de seus serviços, acolhendo, e não expulsando, essa população de seus espaços.

Ressaltamos, também, que, ao pensar uma pesquisa que articula a psicologia com o campo da saúde coletiva, apostamos na possibilidade de borrar fronteiras estabelecidas entre saúde e social, entre saúde e política, buscando trazer visibilidade às experiências e demandas da população LGBTQIA+ com relação ao campo da saúde coletiva, refinando a atenção que a Psicologia direciona a populações historicamente subalternizadas, como a LGBTQIA+, e aos processos de subjetivação produzidos por meio das políticas públicas, em articulação aos marcadores sociais da diferença.

A partir da pergunta inicial e dos objetivos citados, que surgem por entre as reconstruções no caminho da pesquisa, alguns diálogos serão construídos, com autores e autoras que discutem saúde coletiva, gênero, orientação sexual, cisheteronormatividade e relações de poder. Uma vez que o Brasil é marcadamente um país racista, misógino e LGBTQIA+fóbico, como indicam dados de diversas pesquisas realizadas no território nacional, torna-se essencial que haja atenção para a interseccionalidade (Akotirene, 2019) entre orientação sexual, gênero, raça e classe, marcadores de diferenças que se articulam e produzem distintas violências, segregações, assim como privilégios e direitos, inclusive no campo da saúde pública.

Contribuições feministas à uma política de pesquisa-inter(in)venção em Psicologia no campo da Saúde Coletiva

Tendo em vista que o objetivo do estudo é compreender desafios e possibilidades relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+ experienciados na atenção básica do SUS, a pesquisa de doutorado adotou uma abordagem qualitativa, alinhada com a proposta da pesquisa-inter(in)venção, alicerçada em feminismos subalternos, tais como o feminismo negro e transfeminismos. A pesquisa-inter(in)venção traz como aposta a ênfase no caráter participativo e nos efeitos da pesquisa no âmbito micropolítico da construção de outros mundos possíveis (Costa & Barros, 2020), micropolíticas de transformação social, a partir de interferências coletivas. Ao partirmos da da Pesquisa-Inter(in)venção, ressaltamos que a pesquisa é produzida com e a partir das considerações trazidas pelas/os pessoas LGBTQIA+ desse estudo, assim como pelas/os profissionais que atuam na APS do município investigado, apostando no compromisso ético em considerar as perspectivas e narrativas desses sujeitos, reconhecendo-os como “agentes de suas narrativas e de suas histórias, com uma potencial dimensão interventiva sobre o tecido social” (Costa, 2021, p. 23).

Nessa perspectiva de pesquisa, o sujeito do conhecimento se produz em meio às práticas sócio-históricas (Aguiar & Rocha, 2007). Não consideramos, neste estudo, que somos sujeitos descolados de uma realidade, e nem essa mesma realidade é pré-determinada e finalizada, sobre a qual apenas colheremos dados a serem analisados posteriormente. Buscaremos colocar em discussão a atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ no contexto da atenção primária do SUS e compreender o que ganha relevo nas narrativas sobre as

experiências de pessoas LGBTQIA+ ao buscar a APS, como compreendem suas demandas de saúde e sobre os impactos produzidos na saúde da população LGBTQIA+ por tais experiências, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes, compondo espaços de reflexão, de trocas, de compartilhamento e de inter(in)venção.

Apostamos em uma pesquisa que tenha como orientação a criticidade, a autorreflexão e perspectivas emancipatórias, como aponta Mountian (2017). A autora, ao falar sobre perspectivas críticas de pesquisas, refere que essas perspectivas consideram as relações de poder nas análises que realizam, colocando em questionamento argumentos universalistas, verdades pré-determinadas, visões deterministas do conhecimento; estudos que se articulam aos feminismos consideram grupos que foram majoritariamente excluídos das pesquisas e da produção de conhecimento e vistos, por muito tempo, como anormais ou patológicos, como é o caso da população LGBTQIA+. Em uma perspectiva de pesquisa crítica, perde sentido a divisão entre sujeito e objeto, e não se busca uma verdade única, imutável, descolada do contexto sócio-histórico; o foco é posto sobre os processos de construção de determinado contexto, considerando que não há neutralidade no fazer pesquisa e na construção de conhecimentos (Mountain, 2017).

Ao apostarmos em uma perspectiva crítica de pesquisa em Psicologia e no campo da Saúde Coletiva, consideramos que um dos seus desafios se dá na investigação de uma realidade que está em construção, que é móvel, fluida. Mas o que isso significa? Consideramos que o cotidiano se produz a partir de relações entre forças, colocando o presente em movimento, desmistificando a noção de uma realidade pré-determinada. A ênfase é colocada sobre a relação, no jogo de forças que se entrelaçam, que produzem verdades, e na desestruturação de tais verdades (Aguilar & Rocha, 2007). Assim, quando pensamos uma metodologia interessada nas experiências de pessoas LGBTQIA+ no campo da Atenção

Primária à Saúde, entendemos que essa realidade está constantemente em movimento, a partir de processos enrijecidos que se repetem e se atualizam, mas também a partir de possibilidades de fissuras nas lógicas cristalizadas de (des)cuidado direcionado à população LGBTQIA+ na APS. Torna-se possível, então, trabalhar com a perspectiva de complexidade das realidades investigadas, o que tensiona as perspectivas hegemônicas que consideram a realidade de forma ordenada e simplista e, por isso, mostra-se como desafiante, pois traz para o campo de investigação o não homogêneo, as incertezas, contradições e imperfeições (Paulon & Romagnoli, 2010).

Partimos, então, em busca das inúmeras possibilidades de experiências que podem ter sido experimentadas pelas pessoas entrevistadas, processos singulares e coletivos, dialogando com as/os participantes para a construção do conhecimento aqui compartilhado. Buscaremos pôr em análise os efeitos das práticas desenvolvidas no cotidiano das Unidades de Saúde, tensionando estes territórios, visando a criação de outras possibilidades de atenção à saúde da população LGBTQIA+.

Nessa perspectiva, pesquisar é, antes de mais nada, uma atitude que interroga os homens e os fatos em seus processos de constituição, trazendo para o campo de análise as histórias, o caráter transitório e parcial, os recortes que a investigação imprime nas práticas e a forma como produz seus próprios objetos-efeitos (Aguiar & Rocha, 2007, p. 654).

A pesquisa-inter(in)venção traz um direcionamento de atuação transformadora, através da micropolítica, com uma ruptura aos modos tradicionais de se fazer pesquisa:

Entre os aspectos centrais que vêm norteando o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, destacamos os seguintes: mudança de parâmetros de investigação no que tange à neutralidade e à objetividade do pesquisador, acentuando-se o vínculo entre gênese teórica e social, assim como a produção concomitante do sujeito e do objeto,

questionamento dos especialismos instituídos, ampliando as análises do nível psicológico ao microssocial - deslocamento estratégico do lugar que historicamente foi destinado ao psicólogo, ênfase na análise da implicação, acentuando-se que, para além dos vínculos afetivos, profissionais ou políticos, a análise se realiza com as instituições que atravessam o processo de formação (Rocha & Aguiar, 2003, p. 71).

Ao falarmos em pesquisa inter(in)venção, buscamos trazer uma ênfase na invenção de outras possibilidades de cotidianos, que rompam com normas instituídas que invisibilizam e minam as possibilidades de viver de grupos vulnerabilizados. Buscamos, mediante pesquisas inter(in)ventivas, desnaturalizar práticas cotidianas marcadas por diversas violências, como a LGBTQIA+fobia, no caso da presente pesquisa, produzindo também reflexões analíticas atentas aos efeitos que esses processos violentos produzem nos sujeitos, considerando também que “torna-se fundamental inscrever outras narrativas capazes de reivindicar, a partir do compromisso ético da pesquisa, modos de insurgências e re-existências” (Costa, Silva, Alves, Frota & Barros, 2021, p. 277).

Na Pesquisa-Inter(in)venção, o conceito de Implicação traz importante contribuição no enfrentamento do mito da neutralidade científica, que tem lugar primordial entre as metodologias hegemônicas, e coloca em evidência os jogos de poder e de interesses que atravessam o próprio campo da pesquisa, assim como as relações sociais em geral. Diz respeito à análise do sistema de lugares ocupados, ou os lugares que se busca ocupar, ou aqueles que são designados a serem ocupados, assim como os riscos que se corre a partir dos caminhos percorridos com a pesquisa (Aguiar & Rocha, 2007). Colocar em análise os lugares, as forças em jogo, os riscos, traz o rompimento de barreiras entre pesquisadora/o (enquanto aquele que detém o conhecimento) e participantes da pesquisa (enquanto meros objetos a serem conhecidos). Diz respeito a indagar a ordem de formação das verdades, nossa contribuição com a manutenção de tais ordens e com a sua desestabilização, e menos do que

um compromisso firmado de forma consciente com o campo da pesquisa. Assim, buscamos estar atentos à análise de nossas implicações no processo de pesquisa, pensar dispositivos coletivos que possibilitem analisar as condições de produção de certas vulnerabilidades e violências (Costa & Barros, 2021), como a LGBTQIA+fobia no âmbito da APS, assim como a produção de caminhos de enfrentamento a tais condições que tornam certas vidas precarizadas.

O caráter de uma Pesquisa-Inter(in)venção é mais definido pela postura de quem pesquisa, pela disponibilidade de abertura para criar zonas de questionamento, de acolhimento daquilo que surge no plano coletivo, de análise dos jogos de poder, do que por técnicas específicas. Construir essa pesquisa inter(in)venção possibilita assumir um compromisso ético e político com a realidade vivenciada por pessoas LGBTQIA+ no sistema de saúde público, considerando que

O que a abordagem micropolítica nos sugere é a *problematização dessa relação interesse-desejo-poder* a partir do rastreamento de lutas específicas, de um exercício de acoplamento das teorias e memórias locais. Entendemos que é daí, desses nossos lugares, que podemos produzir outras análises, movimentos e demandas e perguntarmos: o que queremos transformar? (Aguilar & Rocha, 2007, p. 662).

Portanto, isso significa que ao colocar em análise as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam a APS do SUS e as experiências de profissionais que atuam nesse campo, procuraremos acompanhar processos construídos cotidianamente, em meio a relações de poder, protagonizados pelas/os participantes da pesquisa, considerando que esses processos podem ser modificados, transformados, por meio de fissuras que podem ser produzidas ao buscarmos a produção de espaços de diálogo, de compartilhamento de experiências, de denúncia, mas também de ressignificação, potencialização e fortalecimento dos sujeitos participantes, apesar da cisheteronorma que atravessa inclusive o campo da saúde. Afirmam

Paulon e Romagnoli (2010, p. 94): “Mas as instituições são também constituídas pelo plano dos fluxos, por linhas de fuga heterogêneas que afetam, desestabilizam, agenciam com vários elementos e transgridem, desviam o que está estabelecido”. Assim, a pesquisa se apresenta como dispositivo de quebra, produção de linhas de fuga, buscando colocar em movimento aquilo que se encontra enrijecido.

Como referido no início do presente tópico, buscamos utilizar a pesquisa-inter(in)venção adotando também uma política de pesquisa aliançada em feminismos negros e transfeminismos, por entender que nos ajudam a pensar modos de intervir alinhados com práticas anti-LGBTQIA+fóbicas, antirracistas, anti-misóginas. Mas o que significa apostar em uma metodologia feminista?

De acordo com perspectivas feministas de pesquisa, torna-se essencial contextualizar as condições sociais de grupos subalternizados, considerar a situacionalidade dos processos de pesquisa e a reflexão sobre as relações construídas e colocadas em movimento com a pesquisa (Mountian, 2017). Assim, consideramos, nesse estudo, que toda investigação é situada, historicamente e socialmente. Segundo Mountian (2017) a situacionalidade nos ajuda a entender a crítica à objetividade, à suposta neutralidade científica, pois demonstra que toda pesquisa é localizada, todo conhecimento é parcial e situado, e toda ciência é um tipo de discurso: “objetividade feminista significa simplesmente conhecimentos situados” (Haraway, 1988, p. 581 como citado em Mountian, 2017, p. 458). A noção de reflexividade também se mostra como relevante nesse estudo, uma vez que nos permite pensar sobre as relações de poder da própria pesquisa e de cada pesquisadora/o. A reflexividade nos convoca a

Reconhecer os efeitos da relação de poder e da posição hierárquica do(a) pesquisador(a) no próprio resultado das pesquisas. Assim como a posição social do(a) pesquisador(a), incluindo as categorias e interseções entre gênero, raça, classe, idade e

sexualidade e o impacto nas respostas dessas posições nas interações com a(os) participantes (Mountian, 2017, p. 462).

As reflexões da autora sobre a presença da pesquisadora em campo nos trazem, ainda, outras pistas sobre a presente pesquisa, como a noção de que a presença da pesquisadora, por si só, pressupõe uma relação de poder, uma vez que aquela que pesquisa é vista também como psicóloga/assistente social/etc, em articulação a outros marcadores como raça e classe. Assim, a neutralidade se torna impensável. Ao habitar o campo de pesquisa, experimentei estar naquele local enquanto pesquisadora, mas também enquanto funcionária pública do município, psicóloga de amigas/os, familiares e conhecidas/os daquelas pessoas que estavam sendo entrevistadas por mim. Além disso, era vista como uma mulher cisgênero branca. Acredito que pelo tema da pesquisa, algumas pessoas podem ter refletido sobre minha orientação sexual, e, talvez, eu tenha sido lido enquanto pessoa LGBTQIA+, ainda que a pergunta só tenha chegado a mim em duas ou três entrevistas. De que forma todos esses papéis colocam em movimento diferentes posturas no momento da entrevista? De que forma aquelas pessoas se sentiram à vontade ou incomodadas pela minha presença enquanto psicóloga, profissional do município, mas interessa em ouvi-las e denunciar certas realidades, com elas?

Colocar em análise os lugares, as forças em jogo, os riscos, se faz pela tentativa de provocar um rompimento de barreiras entre pesquisadora/o (enquanto aquele que detém o conhecimento) e participantes da pesquisa (enquanto meros objetos a serem conhecidos). Diz respeito a indagar a ordem de formação das verdades, nossa contribuição com a manutenção de tais ordens e com a sua desestabilização, e menos do que um compromisso firmado de forma consciente com o campo da pesquisa. Acreditamos, portanto, na impossibilidade de separação entre quem se propõe a conhecer e a realidade que busca ser conhecida, num movimento de constante coprodução e transformação, de reinvenção constante.

Ouvir as narrativas das pessoas participantes na pesquisa, o que foi vivenciado e como foi vivenciado, me atravessou de diferentes formas, enquanto pesquisadora/psicóloga/funcionária pública/pessoa LGBTQIA+, uma vez que não se habita aquele campo de forma neutra. Afetações foram produzidas a cada encontro. Assim como se abriram reflexões sobre quais brechas poderão ser abertas sobre aquilo que está instituído, sobre as redes de poder que produzem regimes de verdade, sobre os lugares cristalizados, sobre as forças que atuam no cotidiano dos serviços de saúde e produzem exclusões e silenciamentos sobre a população LGBTQIA+.

Harding (1987) se refere a uma metodologia feminista a partir da forma como pesquisadoras se utilizam dos métodos em suas pesquisas, ou seja, como se coletam dados, quais conhecimentos são considerados válidos, que perguntas são investigadas e como são investigadas, e assim por diante. As epistemologias feministas investem na pluralidade metodológica, abrindo para um campo multidisciplinar, considerando que a ciência têm gênero e que existem distintas formas de se produzir conhecimentos; são consideradas válidas diferentes formas de pesquisas, abordagens, métodos, desde que incluam aspectos de gênero e que não seja utilizada uma perspectiva sexista (Narvaz & Koller, 2006).

As pesquisadoras feministas consideram que as formas tradicionais de pesquisar não permitem compreender a participação das mulheres na vida social, ou que as atividades masculinas também são determinadas por gênero (enquanto relação de poder), por exemplo; então, buscam trazer uma criticidade às investigações, desnaturalizar locais, visibilizar aquilo que está invisibilizado, trazendo o gênero para o debate (Harding, 1987). Nessa pesquisa, buscamos articular também a perspectiva interseccional e os transfeminismos, que tensionam o sentido de ser mulher e ser feminina, pensando sobre o impacto dos diversos marcadores sociais da diferença nas experiências das pessoas LGBTQIA+, as relações de poder que naturalizam a heterossexualidade, a cisgeneridade, marginalizando experiências dissidentes.

Harding (1987) aponta traços que distinguem aqueles estudos que se dizem feministas, traços estes que se relacionam aos métodos utilizados na pesquisa. O primeiro traço diz respeito a considerar a experiência das mulheres, uma vez que são invisibilizadas em estudos produzidos pelos homens. As pesquisas tradicionais se orientam, ou seja, fazem perguntas sobre aquilo que interessa aos homens (aqui incluídos os brancos, ocidentais, burgueses e cisheteronormativos); logo, aparece como traço dessa perspectiva feminista considerar perguntas que por muito tempo não eram perguntas válidas ou consideradas legítimas no campo das investigações científicas. Precisamos definir nossos problemas de pesquisa a partir das experiências de grupos subalternizados, pois, muitas vezes, as perguntas que um grupo oprimido deseja que sejam respondidas não são consideradas como importantes por aqueles que ocupam lugares privilegiados na produção de conhecimento. Tais perguntas, como refere a autora, interrogam sobre as condições que possibilitaram a produção das desigualdades, violências, subalternizações, mas também sobre como modificar tais realidades, como superar, vencer, tensionar forças que atuam contra a emancipação, o fortalecimento desses grupos. Não se produzem perguntas para apaziguar ou silenciar um problema, mas para abrir zonas de enfrentamento.

Como citado no primeiro tópico desse trabalho, muitas perguntas foram disparadoras para a construção dessa pesquisa, tais como: Como pessoas LGBTQIA+ se sentem ao procurar a Atenção Primária do SUS? Há vivências de discriminações, preconceitos? São (re)produzidas violências contra pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária? São perguntas que direcionam o olhar para questionamentos que, muitas vezes, são silenciados, diante de realidades vistas como imutáveis e naturalizadas. Naturaliza-se a condição de desigualdade que um grupo vivencia, naturaliza-se a dificuldade de acesso aos direitos básicos, não se questiona a violência produzida cotidianamente nos mais diversos espaços, e tais perguntas acabam silenciadas. Quando perguntamos, buscamos criar possibilidade de escuta, de

enfrentamento, e de movimentação das redes de poder que atuam articuladas para a manutenção da cisheteronorma vigente.

Outro traço diz respeito à colocação de novos propósitos às ciências sociais e humanas, estando essas pesquisas a favor das mulheres, e, no caso presente, da população LGBTQIA+ enquanto minoria social. Por fim, outro ponto destacado pela autora diz respeito à reposição da investigadora no campo da pesquisa, tensionando a suposta neutralidade científica daquela ou daquele que pesquisa, como referido anteriormente. Harding (1987) refere que a/o pesquisadora/o deve se colocar no mesmo plano crítico do objeto investigado, considerando que a classe, a raça, a cultura, as pressuposições em torno do gênero, os comportamentos, tudo isso deve ser colocado em análise no processo de pesquisa. Assim, a pesquisadora não aparece como uma voz invisível, que diz algo sobre uma determinada realidade, impondo uma verdade sobre as experiências dos sujeitos, mas sim como uma pessoa real, com interesses particulares, também atravessada por marcadores e experiências que se articulam ao ato de pesquisar.

Dizer, portanto, que um estudo é feminista significa que nos apoiamos em outros enfoques, também considerados "inferiores", e insistimos na importância de estudarmos a nós mesmas/os (nesse caso, a população LGBTQIA+), e na importância de estudar "de baixo para cima", e não "de cima para baixo". Também significa dizer que buscamos examinar, de forma crítica, as relações de poder que produzem nossa vida cotidiana, engendrando exclusões, silenciamentos, violências diversas, mas também criando possibilidades de reinvenções e rupturas em modos cristalizados e naturalizados de lidar com aquilo que difere. Esses corpos deixados à margem, pela via da patologização, da invisibilização, da criminalização, são também corpos produtores de insurgências e de conhecimento.

Uma pesquisa que se diz feminista apresenta uma postura crítica aos conhecimentos considerados válidos pelas ciências hegemônicas, considerando relevante narrativas e

conhecimentos produzidos por sujeitos que são invisibilizados por tais ciências (Harding, 1987). Assim, ao buscar adotar uma política de pesquisa feminista, buscamos questionar quem pode ser sujeito do conhecimento, e considerar que sujeitos LGBTQIA+, sejam elas mulheres bissexuais, lésbicas, homens gays, bissexuais, pessoas trans e travestis, são sujeitos de conhecimento. Tal postura implica em como se utilizam os dispositivos metodológicos da pesquisa, como a entrevista: tensiona-se a postura de pesquisadora-entrevistadora que busca coletar dados sobre uma realidade e após isso, construir conhecimento sobre aquela realidade, de forma neutra e distanciada; aposta-se na construção conjunta de conhecimento, a partir das experiências desses sujeitos.

Ao insistir em feminismos negros e transfeminismos, consideramos que existem vertentes do feminismo que podem ser violentas, excludentes e reproduzir as mesmas estruturas de opressão que, supostamente, buscam combater, como feminismos que lidam com o sujeito universal “mulher”, sem considerar outros marcadores, como raça, sexualidade, classe, que se articulam a gênero, ou aqueles que excluem mulheres trans e travestis ligando a experiência de ser mulher a uma estrutura biológica. Como refere Almendra (2015) o feminismo negro trouxe para o debate que a partir de critérios de universalidade o movimento feminista reivindicava interesses particulares de um determinado grupo – mulheres brancas, ocidentais, heterossexuais, de classe média), ignorando demandas de mulheres atravessadas por outros marcadores. Nascimento (2021) apresenta o transfeminismo como uma corrente ligada ao feminismo, mas que nega a ideia universal de mulher, como a única sujeita (no feminino, utilizado pela autora) do feminismo, e que o transfeminismo pensa a partir das experiências de travestis e mulheres trans. Refere que o transfeminismo surge como “Outra linha de batalha para atuar contra o sexismo e a transfobia e pautar políticas específicas de reconhecimento do segmento trans*. A proposta é de coalizão estratégica, não de fragmentação” (p. 46).

Com os feminismos negros, pensamos a interseccionalidade enquanto expressão de um sistema complexo de estruturas de opressão que se dão de forma múltipla e simultânea a partir do qual raça e gênero se interseccionam produzindo complexas discriminações (Crenshaw, 1989 como citado em Almendra, 2015). Diz respeito a considerar que em determinada sociedade, que está em um certo contexto e período, as relações de poder que envolvem raça, classe e gênero (por exemplo) não são excludentes; que essas categorias se sobrepõem, se articulam, agindo de maneira unificada, e que essas relações interseccionais afetam a todos no convívio social (Collins & Bilge, 2021). Ao nos voltarmos para o transfeminismo, Nascimento (2021) reflete sobre “o pessoal é político”, expondo que a opressão é experienciada por mulheres cis, trans e travestis, mas de forma desigual e não se relacionando apenas à dominação masculina. A autora também articula ao transfeminismo a perspectiva da interseccionalidade, na medida em que aponta que, assim como o feminismo negro, busca-se expressar, por meio de uma voz coletiva, as mulheridades/feminilidades, de modo articulado às interseccionalidades entre raça, classe, idade, localização geográfica, entre outras. Na medida em que apostamos na pesquisa como estratégia de subverter estruturas, discursos, práticas que geram desigualdades, não podemos correr o risco de nos aliançar a feminismos que invisibilizem a articulação entre marcadores sociais como raça, gênero, sexualidade, classe, entre outros, nos utilizando de categorias universais.

Nesse sentido, Almendra (2015) refere que a interseccionalidade, enquanto ferramenta contra hegemônica que traz colaborações aos estudos feministas, pode ser integrada às pesquisas a partir da desestabilização das categorias analíticas dicotômicas, uma marca da colonialidade; e segundo, pela continuidade de pesquisas que, em termos metodológicos, busquem que subjetividades frequentemente subalternizadas se tornem audíveis, por meio do reconhecimento de sua autonomia e da possibilidade de agência dessas subjetividades.

Sobre a desestabilização de categorias, se faz importante ter atenção para o risco de reproduzir as mesmas lógicas excludentes que estamos tentando combater com nossas pesquisas, quando, por exemplo, analisamos as categorias como estáveis e perdemos de vista a dinamicidade, a construção social dessas categorias, as contradições, e deixamos de articulá-las a outros marcadores, a outras categorias (Almendra, 2015). Portanto, ao pensarmos a experiência de homens gays ao buscarem a APS, por exemplo, corremos o risco de buscar universalizar esses corpos e subjetividades, assim como suas experiências, perdendo de vista que a sexualidade se articula ao gênero, à raça, à classe, à idade, entre outros possíveis marcadores, e que tais experiências não se constituem apenas a partir da sexualidade desses homens.

Também se faz importante estabelecer um diálogo “sujeito-sujeito” (Almendra, 2015, p. 131) no processo de produção de conhecimento que é colocado em movimento com a pesquisa. Esse é um aspecto que nos convida a visibilizar principalmente os discursos subalternizados, silenciados, ditos inferiores. Como nos traz Spivak (2010), ao se perguntar sobre a possibilidade de que o subalterno fale, trata-se do desafio de que certas vozes se tornem audíveis, reconhecendo a capacidade crítica, dialógica e de produzir resistência a partir dos locais de opressão, o que também contribui para a desestabilização das categorias.

Construir essa investigação em articulação a uma política de pesquisa aliançada a feminismos subalternos possibilita assumir um compromisso ético e político com a realidade vivenciada por pessoas LGBTQIA+ no sistema de saúde público. Buscamos construir essa pesquisa, portanto, a partir de uma metodologia aliançada às vozes de pessoas LGBTQIA+ que se propuseram a contar suas experiências, apostando que, a partir disso, mudanças podem ser produzidas em um sistema de saúde ainda tão atravessado pela cisheteronormatividade, pelo machismo e pelo racismo. Consideramos que as vozes que aqui compartilharam suas experiências são protagonistas dessa pesquisa e foi com elas que o conhecimento foi

produzido e esperamos que seja possível desnaturalizar e produzir fissuras em práticas enrijecidas, objetificantes, violentas e descuidadas com relação à população LGBTQIA+ no âmbito do SUS.

Campo e participantes – Na Terra dos Anacés, entre sede, praias e sertões, vozes plurais ecoam

O campo dessa pesquisa se constitui a partir das trajetórias e experiências de pessoas LGBTQIA+ na APS em São Gonçalo do Amarante e das narrativas de profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. A história de São Gonçalo do Amarante é contada por Correia (1997), no livro intitulado “Taba dos Anacés”. O município era povoado por indígenas, como os Anacés, Guanacés e Jaguaruanas, sendo os primeiros superiores em número. Por algum tempo, inclusive, o nome de São Gonçalo foi mudado para Anecetaba, que significa “Aldeia dos Anecés”. Está localizado na Região Metropolitana de Fortaleza e no Vale do Curu, possui uma população estimada de 49 mil habitantes, tendo sido fundado em 1868 (Prefeitura de São Gonçalo do Amarante, 2023). Quando iniciei minhas atividades no município, as Unidades Básicas de Saúde eram divididas por regiões: Sertão, Praia e Sede. Após cerca de 2 anos, houve reformulação dessa organização e, atualmente, SGA se encontra dividido em Regionais I, II, III, IV e V. Cada Regional engloba até seis (6) Unidades Básicas de Saúde, com um total de 21 UBS distribuídas pelas regionais. A população estimada do município, em 2023, é de 79.000 habitantes, sendo que a região da sede (Regional III) apresenta a maior concentração, sendo seguida pelas Regionais que se encontram na região da praia (IV e V) e, por último, a região do sertão, Regionais I e II.

pesquisa, a mesma me alertou sobre uma possível dificuldade que poderia ser vivenciada por mim ao buscar abordar essa temática e até mesmo para encontrar pessoas que estivessem dispostas a falar sobre o tema. Explicou que há pouco tempo havia sido programada uma atividade, no município, que iria abordar questões de gênero e sexualidade com jovens de um projeto social, e que diante da divulgação do evento, setores religiosos e conversadores teceram críticas sobre o evento, e segundo relatou, por conta da pressão gerada por tais setores, recebeu a orientação de cancelar o evento. Esse ponto surgiu durante uma conversa, com um médico de uma das UBS do município. Na ocasião, ele referiu que acredita que pode haver relação entre a atenção ofertada a uma pessoa LGBTQIA+ no posto de saúde e o fato de a/o profissional ser uma pessoa religiosa, pois, dependendo da religião, poderia haver discordância com relação a existência de pessoas LGBTQIA+, o que produziria um tratamento diferenciado por parte da/o profissional. Já durante a capacitação com profissionais da APS, uma das nutricionistas participantes expressou a mesma preocupação referente a articulação entre religião e posturas discriminatórias por parte de quem atua nas UBS:

É, eu acho também que outro fator é que a gente tenta separar, mas eu acho que nem todo mundo consegue. Alinhar, esse é uma questão também do preconceito, é a parte religiosa, né? Então, a questão da religião eu acho que é um fator chave que vai dificultar o acesso (Angélica, mulher cisgênero, heterossexual, branca).

A fala dos profissionais expressa uma realidade que vem sendo vivenciada no Brasil, uma vez que inúmeros discursos LGBTQIA+fóbicos são embasados em doutrinas religiosas, o que produz a associação feita por ambos. Como refere Lionço, Alves, Mattiello e Freire (2018), argumentos baseados em fundamentalismos religiosos passam a ser utilizados como verdades científicas, atuando com forte influência em instituições que deveriam se pautar na laicidade como princípio ético e político. Dessa forma, também em discursos cotidianos, não

necessariamente científicos, diversos sujeitos passam a ter argumentos eclesiásticos para justificar comportamentos de intolerância e LGBTQIA+fobia, inclusive no campo da saúde, campo este que deveria se pautar no compromisso de cuidado e atenção aos sujeitos.

Com relação ao campo da pesquisa, vale destacar que, após a conversa citada anteriormente, durante a reunião na qual participei, certa angústia foi disparada, e receios como: “como encontrar pessoas dispostas a falar sobre o tema?”; “as pessoas terão medo de serem expostas caso participem da pesquisa?”; “as/os profissionais do município terão interesse em falar sobre a temática?”; outros atravessamentos também foram percebidos, quando, por exemplo, selecionei para quais colegas de trabalho falar sobre minha pesquisa e a quem pedir ajuda para encontrar pessoas que pudessem participar do estudo; considero que certa tensão me acompanhou no campo da pesquisa, pois o tempo todo havia um lembrete mental de que estava pisando em um território que poderia ser, ainda, muito arraigado em ideias conservadoras.

É importante pontuar, entretanto, que nas oportunidades em que falei sobre a pesquisa com pessoas da Secretaria de Saúde, inclusive para obter autorização formal para a realização da mesma, nenhuma resistência foi apresentada e nenhuma objeção foi feita.

O estudo foi realizado com 1) pessoas que se identificam como LGBTQIA+, do referido município, e que já tenham sido atendidas ou que sejam acompanhadas por profissionais da AB, com mais de 18 anos, podendo residir em qualquer região do município, e 2) com profissionais de diversas categorias que atuam na APS. Como referido anteriormente, enquanto psicóloga do NASF-AB, atuo em algumas unidades de saúde, e a ideia seria entrevistar pessoas LGBTQIA+ que são acompanhadas nessas UBS. Entretanto, esse critério não foi mantido durante a busca por usuárias/os LGBTQIA+, uma vez que se tornou mais relevante o interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

No primeiro momento da pesquisa, foram entrevistadas dez (10) pessoas LGBTQIA+, que chegaram até a pesquisa de diferentes formas, com interesse e disponibilidade em colaborar, e que eram de diferentes regiões do município. Como estratégia de divulgação, elaborei uma imagem e um texto contendo algumas informações sobre o estudo e enviei via *whatsapp* para colegas que residem no município, pedindo que encaminhassem a algum/a conhecido/a ou postassem em suas redes sociais, caso se sentissem à vontade. O texto continha um link de um formulário do *google* para que pessoas interessadas deixassem *e-mail* ou telefone para contato. O grupo de 10 pessoas LGBTQIA+ se formou, portanto, por conveniência, através de pessoas que entraram em contato por meio do formulário, outras que souberam da pesquisa por meio de colegas que encaminharam a imagem diretamente para elas e por meio de pessoas que, após participarem da entrevista, falaram sobre a experiência para outras pessoas que poderiam ter interesse em colaborar. Após a realização de 10 entrevistas, por meio do critério de saturação, pausei a busca por pessoas LGBTQIA+ que pudessem participar do estudo.

A seguir, segue uma tabela para melhor visualização sobre as pessoas entrevistadas até o momento na pesquisa, com algumas informações sociodemográficas:

Tabela 1

Pessoas LGBTQIA+ entrevistadas

Nome	Idade	Identidade De gênero	Orientação Sexual	Raça /Etnia	Escolaridade	Profissão	Renda Familiar
Dandara	18	Travesti	Bissexual	Preta	Ensino Médio Completo	Monitora	1 a 3 salários mínimos
Lana	21	Mulher Trans	Hetero	Parda	Ensino Médio Completo	Atendimento ao cliente	1 a 3 salários mínimos

Roberta	18	Mulher trans	Hetero	Preta	Médio incompleto	Sem trabalho	Não soube informar
Mônica	25	Mulher cis	Bissexual	Parda	Superior Completo	Profissional Da saúde	3 a 6 salários mínimos
Carolina	22	Mulher cis	Lésbica	Branca	Superior incompleto	Assistente Administrativa	1 a 3 salários mínimos
Mari	32	Mulher cis	Lésbica	Negra	Superior completo	Profissional assistência social	1 a 3 salários mínimos
Alan	30	Homem cis	Gay	Negro	Superior completo	Professor	3 a 6 salários mínimos
Gilberto	32	Homem cis	Gay	Pardo	Pós-graduação	Recursos Humanos	3 a 6 salários mínimos
Jean	23	Homem cis	Gay	Pardo	Superior completo	Assistente De Qualidade	1 a 3 salários mínimos
Gustavo	21	Homem cis	Gay	Branco	Ensino Médio Completo	Auxiliar Administrativo	1 a 3 salários mínimos

Nota. Tabela com informações sociodemográficas sobre pessoas LGBTQIA+ entrevistadas na pesquisa.

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Em um segundo momento, após a realização das entrevistas, análise inicial das narrativas e reflexões sobre as experiências de pessoas LGBTQIA+ na APS, percebeu-se a importância de que a pesquisa produzisse um espaço de diálogo, trocas e compartilhamento também com profissionais que atuam nas Unidades de Saúde. Assim, foi pensado um momento de capacitação sobre a temática da “Saúde da População LGBTQIA+ na APS”, direcionada às/aos profissionais que demonstrassem interesse em participar, de forma voluntária. Após a autorização da Coordenação da Atenção Básica,

foi elaborado um formulário online, onde havia uma explicação sobre o estudo e sobre a capacitação que seria realizada, com informações sobre se tratar de uma etapa da investigação em andamento no município, e alguns profissionais se inscreveram. A partir disso, foi agendada uma data para a realização do encontro. A seguir, uma tabela com a descrição de participantes do grupo.

Tabela 2

Profissionais da APS que participaram do momento de educação permanente

NOME / IDADE	CATEGORIA	TEMPO NA APS	IDENTIDAD E DE GÊNERO	ORIENTAÇÃO SEXUAL	RAÇA / ETNIA	RENDA MÉDIA
Alana (Amanda) – 30a	Nutricionista	3 anos	Mulher Cis	Bissexual	Branca	3 a 6 salários
Daniele (Diana) – 44a	Enfermeira	18 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários
Alane (Angélica) – 34a	Nutricionista	3 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	3 a 6 salários
Viviane (Vanessa) – 35a	Enfermeira	3 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários
Hillary (Giovanna) – 27a	Nutricionista	2 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	1 a 3 salários
Juliana (Janaína) – 37a	Enfermeira	1 ano	Mulher Cis	Lésbica	Branca	3 a 6 salários
Ramyla (Rebeca) – 27a	Enfermeira	4 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários

Márcia (Mirela) – 45a	Enfermeira	5 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários
Hellen (Camila) – 25a	Médica	7 meses	Mulher Cis	Bissexual	Branca	6 a 9 salários
Anísio (Hugo) – 39a	Cursando Enf.	-	Homem Cis	Heterossexual	Pardo	1 a 3 salários
Tomás (Tadeu) – 32a	Médico	5 anos	Homem Cis	Heterossexual	Pardo	9 a 12 salários
Natália (Bruna) – 28a	Nutricionista	1 ano	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	1 a 3 salários
Isabele (Patrícia) – 30a	Enfermeira	3 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	6 a 9 salários
Alicia (Gisele) – 26a	Fisioterapeut a	2 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	1 a 3 salários
Juliane (Fabrícia) – 36a	Dentista	3 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Branca	3 a 6 salários
Luis (Francis co) – 25a	Médico	6 meses	Homem Cis	Gay	Preto	9 a 12 salários
Conceiç ão (Maria) – 41 ^a	Enfermeira	3 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	1 a 3 salários

Sabrina (Suzy) – 26a	Enfermeira	5 anos	Mulher Cis	Outro	Parda	3 a 6 salários
Mário (Miguel) – 27a	Dentista	2a e 6m	Homem Cis	Gay	Branco	6 a 9 salários
Rafael (Breno) – 28a	Médico	2 anos	Homem Cis	Heterossexual	Preto	9 a 12 salários
Mirella (Marian y) – 26a	Médica	1 ano	Mulher Cis	Pansexual	Parda	9 a 12 salários
Auri (Rita) – 42a	Enfermeira	9 anos	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários
Tatiana (Luana) – 31a	Médica	6 meses	Mulher Cis	Heterossexual	Parda	3 a 6 salários

Fonte: Tabela elaborada pela autora.

Dispositivos metodológicos: entrevistas e oficinas

No presente tópico, serão apresentados os dispositivos metodológicos que possibilitaram a realização da pesquisa, sendo eles: entrevistas com pessoas LGBTQIA+ e oficinas com profissionais da APS.

Entrevistas com Pessoas LGBTQIA+ Acompanhadas na APS

Nesta pesquisa, uma das ferramentas metodológicas utilizadas foi a entrevista semiestruturada. Ao nos propormos a utilizar as entrevistas como dispositivos metodológicos desta pesquisa inter(in)venção, consideramos que tal dispositivo menos reproduz um discurso ou uma experiência, mas coloca em andamento processos, produzindo efeitos sobre o

interlocutor e quem pesquisa. Spivak (2010) aponta para a importância de que as pesquisas construam conhecimentos encarnados pelos sujeitos que delas participam. Assim, trazer as experiências desses sujeitos, por meio de suas narrativas, se articula a possibilidade de criação de novas metodologias. Evidenciar essas vozes também possibilita produzir tensionamentos nas relações de opressão existentes (Costa, Silva, Alves, Frota & Barros, 2021).

Pensamos as entrevistas como momentos de “colheitas” e não de coletas de dados, pois a entrevista:

Colhe dados porque cultiva a realidade no ato de conhecê-la. Tal cultivo pressupõe a dupla direção metodológica de acompanhar a experiência dos sujeitos na situação de entrevista e cuidar dos efeitos do procedimento de colheita de dados. Sendo assim, as questões que se colocam são: 1) O que queremos cultivar? (...) 2) Como cultivar?

Quais os modos de fazer para alcançar os objetivos pretendidos? (Sade *et al.*, 2013, p. 2814).

Faz-se importante pensar sobre como manejar as entrevistas que nos propomos a realizar em nossas pesquisas ao considerarmos esses dispositivos como momentos de colheita e não de coleta de dados. Pensar em colheita de dados tensiona modos enrijecidos de entrevistar, em que podemos correr o risco de buscar relatos sobre pontos de vistas dados como finalizados, experiências dadas como cristalizadas e individualizadas, perdendo de vista a possibilidade de ampliação e transformação do que se experienciou/experiencia.

Partimos da possibilidade da fala e da multiplicidade de enunciados que o encontro nos permite viver na pesquisa; (...) valorizamos as vozes de vidas subalternizadas na construção de narrativas sobre si por meio de suas próprias experiências, tomando-as como protagonistas da pesquisa, no sentido de que é com elas que dialogamos para a produção do conhecimento (Costa, Lima & Bertini, 2025, p. 287)

Ao buscarmos compreender as experiências de pessoas LGBTQIA+ no acesso à atenção primária à saúde, compreende-se que tais experiências são processuais, estão constantemente em construção, transformação, e que o momento da entrevista, no qual se compartilha sobre o vivenciado no cotidiano dos serviços de saúde, produz tensionamentos, ampliação de percepções, intervindo e cultivando tais experiências, não somente buscando respostas às questões pré-estabelecidas. Compreendemos que as entrevistas

objetivam escutar e proporcionar reelaborações subjetivas de trajetórias de vida ao mesmo passo que também intervêm nas realidades pesquisadas na compreensão de que as histórias individuais são atravessadas por planos coletivos de forças que operam no campo social, superando a dicotomia indivíduo/sociedade e oportunizando maior dialogicidade nas relações da pesquisa (Costa, Silva, Alves, Frota & Barros, 2021, p. 277).

A entrevista proporciona, portanto, que quem pesquisa acompanhe como o sujeito elabora as narrativas sobre o que foi experienciado, possíveis reelaborações, percepções, o que inclui o acesso às experiências e aos movimentos das falas das pessoas entrevistadas. Se faz importante uma escuta e um olhar ampliados, uma atenção que não esteja direcionada apenas para o conteúdo das experiências vivenciadas pelos sujeitos, mas também à dimensão processual da experiência, ao que aparece nas margens, intervindo para que os dizeres possam emergir (Tedesco, Sade & Caliman, 2013).

Durante a pandemia do Covid-19, as pesquisas acadêmicas precisaram ser reinventadas, pesquisadoras e pesquisadores precisaram repensar seus campos de investigação, objetivos de pesquisa, assim como as ferramentas metodológicas a serem utilizadas. Nesse cenário, desde 2020, muitas pesquisas passaram a ser realizadas de forma virtual, por meio de questionários, de cursos/rodas de conversa em formato *online*, e até mesmo pela utilização de plataformas, como o *Google Meet* e *Skype*, para a realização de

entrevistas. As entrevistas da presente pesquisa foram realizadas ao longo do ano de 2022, em um contexto que não apresentava as imposições de isolamento social vivenciadas em grande parte de 2020 e 2021. Entretanto, foi possível perceber que alguns hábitos foram mantidos, como a permanência da utilização de plataformas virtuais para reuniões e cursos.

Considerando o contexto da pesquisa, que está sendo realizada no município onde trabalho, distante cerca de 60 km de Fortaleza, onde resido, as opções de participação da entrevista no formato presencial ou *online* foram oferecidas a todos os participantes, considerando a minha rotina de voltar para Fortaleza todos os dias, às 16h, após o fim do expediente, e considerando a impossibilidade de diversas pessoas para participar das entrevistas no horário comercial (quando eu me encontrava em SGA), por suas obrigações laborais e outros compromissos. Assim, das 10 entrevistas realizadas, somente duas (2) ocorreram de forma presencial, sempre a partir da preferência das/dos participantes, antes mesmo que falássemos sobre possibilidade de dias e horários.

A realização de entrevistas de forma virtual apresenta particularidades. Em alguns momentos, ruídos atrapalhavam a conversa, ou a voz da/do participante tornava-se abafada, ou inaudível, e era preciso solicitar que algum relato fosse parcialmente repetido. Esses acontecimentos, provavelmente, não ocorreriam em um encontro presencial, onde as duas pessoas se encontram no mesmo ambiente e diante uma da outra, mas há que se considerar que o encontro presencial também pode apresentar acontecimentos imprevisíveis, pois o inesperado pode se fazer presente em diferentes contextos, e as entrevistas não estão sob controle rígido das/dos pesquisadoras/es. Ainda assim, parece ser necessário um cuidado maior para, por meio da tela e do distanciamento físico, construir um encontro onde haja acolhimento, trocas mútuas, onde haja confiança para experienciar narrativas, rememorar acontecimentos e compartilhar elementos, muitas vezes, íntimos e dolorosos. Nessa perspectiva, as entrevistas

demandam um manejo muito mais atento e implicado na construção de um espaço que permita ao entrevistado sentir-se confortável, seguro, empático e criativo, assim oportunizando um canal que favoreça a confiança, a troca mútua e a construção coletiva por meio da experiência, do dizer e do narrar sobre si de uma maneira sensível, atenta e inter(in)ventiva (Costa, Lima & Bertini, 2025, p. 298).

Assim, busquei um manejo atento e cuidadoso, estando presente por meio da escuta, da atenção ao que era compartilhado e narrado, reelaborado, questionado e explicitado por cada participante, utilizando a câmera sempre ligada, deixando que as narrativas construíssem o caminho do encontro de cada entrevista. Como referido anteriormente, as entrevistas foram realizadas com pessoas LGBTQIA+ que já tenham sido ou sejam acompanhadas por profissionais da Atenção Básica do SUS em São Gonçalo do Amarante/CE. Para esses momentos, foram pensadas algumas questões disparadoras¹¹ para as conversas e trocas, sem perder de vista que o campo pode trazer outras questões não pensadas anteriormente. Ao pensar um “roteiro” prévio das entrevistas que seriam realizadas, buscamos construir perguntas que permitissem às/aos participantes falar de suas experiências, de seus pontos de vista, trazer suas considerações sobre o tema da pesquisa, de modo a articular o diálogo aos objetivos pensados para o estudo. A seguir, trazemos uma síntese, em que articulamos cada objetivo específico a algumas perguntas pensadas previamente para a entrevista.

Tabela 3

Síntese dos objetivos e das perguntas elaboradas para a entrevista

Objetivo específico	Perguntas elaboradas previamente
1) Conhecer como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do	- Pode falar um pouco de como costuma ser sua experiência quando precisa buscar atendimento em um posto de saúde do município no qual você mora?

¹¹ Apêndice B.

SUS, a partir de usuárias/os LGBTQIA+ e de profissionais APS.	- Quando você é atendido na atenção primária, os profissionais perguntam sobre sua orientação sexual ou identidade de gênero? Caso não, você informa sobre sua orientação sexual? - Você acha que sua orientação sexual interferiu de alguma forma na forma que você foi atendido? - Você considera que o nome social é respeitado nesses espaços? - Você se sentiu respeitado enquanto pessoa LGBTQIA+? - Você acha que a homofobia, ou lesbofobia, bifobia e transfobia, podem se articular a outras formas de preconceito, como racismo, machismo, misoginia, e ter impacto na saúde e no adoecimento de pessoas LGBTQIA+?
2) Discutir sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+ e suas articulações à PNSILGBT	- Você conhece a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)”, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011? - Você acha que existem demandas de saúde específicas da população LGBTQIA+? Quais seriam essas demandas? - Você acha que os profissionais consideram essas demandas específicas de saúde? - Você acha que suas demandas foram atendidas nesses espaços na sua experiência? - Você conhece estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids? - Você acha que há garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS?
3) Refletir sobre os impactos que as experiências na Atenção Primária produzem sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes	- Como você acha que vivenciar discriminações e exclusões, por conta da identidade de gênero e/ou orientação sexual, produz impacto na sua experiência? E na sua saúde? - Como você acha que a sua saúde mental pode ser afetada por conta de discriminações relacionadas a sua identidade de gênero ou orientação sexual?

	- Você acha que existem ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde? - Como você acha que o acesso de pessoas LGBTQIA+ ao SUS poderia ser ampliado? - O que você acha que poderia melhorar, na atenção que é oferecida à saúde de pessoas LGBTQIA+? - Como você acha que poderia haver enfrentamento à discriminação por IG e/ou OS na APS do SUS? O que poderia ser feito?
--	--

Tabela elaborada pela autora.

É importante considerar que as questões pensadas anteriormente para as entrevistas podem ser reformuladas no processo de construção e realização das conversas com os/as participantes. A cada encontro torna-se possível perceber como reformular uma pergunta que não está sendo bem compreendida, ou como trocar a ordem entre as perguntas pode tornar o diálogo e as trocas mais fluidas, por exemplo. A rigidez não encontra espaço no processo de construção da pesquisa e na produção das experiências de entrevistar. A partir das primeiras entrevistas, que foram realizadas com Dandara, Roberta e Gustavo, respectivamente, percebi que poderia fazer certas perguntas de formas diferentes, mas considero que, a cada encontro, sempre foram sendo feito ajustes, inclusive pela singularidade de cada sujeito, e pelas afetações que as entrevistas anteriores haviam produzido em mim enquanto pesquisadora e profissional, e que continuavam ressoando nos encontros posteriores.

Como referem Tedesco, Sade e Caliman (2013, p. 301):

Como dissemos, a entrevista não visa objetos fixos, ou seja, não coleta informação relativa a referentes ligados a mundos pré-existentes. Não buscamos o conteúdo da experiência (seja ela anterior ou subjacente ao momento da entrevista), entendido como um conjunto de dados que a palavra traduziria na organização transparente do

relato. A entrevista não se dirige exclusivamente à representação que os entrevistados fazem de objetos ou estados de coisa, os conteúdos das experiências de cada um, frequentemente privilegiados nas pesquisas em geral.

Colocar em palavras a experiência, como a ida a um posto de saúde e uma situação de discriminação vivenciada nesse espaço, nessa perspectiva, não se reduz a narrar um acontecimento, transmitir um dado, mas sim a “emergência de uma experiência mais autônoma e de uma transformação de si e do mundo” (Sade, Melo, Barros & Passos, 2013, p. 2817). Que novos sentidos são produzidos pelo ato de dizer sobre experiências? Que novas linhas de diálogo são criadas? Como são afetados pesquisadora e interlocutoras/es? Essas perguntas não possuem respostas únicas, pois cada experiência de entrevistar é singular e produz diferentes efeitos e possibilidades.

As entrevistas foram realizadas entre junho e agosto de 2022, durante o governo do ex-presidente fascista e que carrega em sua bagagem diversas declarações e práticas LGBTfóbicas, racistas e misóginas. Antes de iniciar a conversa com cada participante, me apresentava, assim como falava brevemente sobre a problemática da pesquisa, os objetivos, participantes e sobre o interesse em colaborar com o campo da saúde, deixando aberto para que perguntas e questionamentos fossem feitos. Também era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que foi enviado posteriormente via *whatsapp* aos participantes que realizaram a entrevista de forma virtual. Após autorização de cada participante, era iniciada a gravação do áudio da entrevista.

A primeira participante foi Dandara (18), que se apresentou como travesti, bissexual e preta. Ela chegou à pesquisa por meio de uma colega que, após conversar comigo sobre a pesquisa, enviou o *link* do formulário e Dandara deixou o seu contato de *whatsapp*. Entrei em contato e marcamos a entrevista para o dia 29 de junho de 2022, às 14h, tendo ocorrido de forma virtual por preferência da participante, e tendo durado 1h16 min. Por ter sido a primeira

entrevista, sentia-me bastante ansiosa e insegura, com receio de não conseguir estabelecer um ambiente (ainda que virtual) que proporcionasse segurança para Dandara falar sobre si e sobre suas experiências. Ao longo da conversa notei que tanto a participante como eu, passamos a nos comunicar de forma mais leve, principalmente após um dado momento em que Dandara questionou: “não sei se você é uma pessoa hetero ou não (momento em que balanço a cabeça negativamente e ela continua) é, eu sabia (risos)”. Não houve pausa após tal questionamento, mas a pergunta e a minha resposta parecem ter proporcionado maior segurança e familiaridade ao encontro.

A segunda entrevista foi realizada com Roberta (18), mulher trans, preta e heterossexual, que soube da pesquisa por meio de Dandara e demonstrou interesse em participar. Após sua autorização, Dandara me passou seu contato do *instagram*, pois Roberta estava sem *whatsapp*, e marcamos a entrevista pela referida rede social, por chamada de vídeo, para o dia 01 de julho de 2022, tendo tido duração de 40min. Também por indicação de Dandara, Gustavo (21), homem cis, gay e branco, demonstrou interesse em colaborar com a pesquisa e entrou em contato comigo por *whatsapp*. Marcamos a reunião para o dia 05 de julho de 2022, às 14h. Antes do início da entrevista, Gustavo me enviou mensagem no *whatsapp* perguntando se a entrevista seria gravada, momento em que expliquei sobre o TCLE que seria enviado em formato PDF e que seria realizada gravação do áudio da entrevista, somente com sua expressa autorização, caso não se sentisse desconfortável. Também expliquei que ele poderia cancelar a participação a qualquer momento e que nenhuma informação que pudesse identificá-lo seria inserida na pesquisa. Após tais informações, ele afirmou que não haveria nenhum problema caso eu precisasse gravar e confirmou a entrevista para aquela tarde, que teve 41min de duração. A quarta entrevista foi realizada com Alan (30), homem cis, gay e negro, no dia 14 de julho de 2022, após ele entrar em contato comigo via *whatsapp*, ao receber informações sobre a pesquisa de uma colega em

comum. A conversa durou 57min. A quinta entrevista ocorreu dia 21 de julho de 2022, com Gilberto (32), homem cis, gay e pardo. Ele também tomou conhecimento da pesquisa por uma colega em comum que lhe enviou informações sobre o estudo. A entrevista seria realizada às 19h, porém, por questões de trabalho, Gilberto perguntou se poderíamos começar mais tarde. Assim, iniciamos às 21h, e a entrevista durou 1h26min.

Após cinco entrevistas realizadas no formato virtual, me sentia mais confortável com o formato, uma sensação maior de familiaridade sobre como conduzir os momentos, mesmo com a distância física, e sobre como lidar com os pequenos problemas que poderiam surgir, como interrupções, falhas no áudio, entre outros. Após as primeiras entrevistas, alguns ajustes também foram feitos, como a forma de perguntar sobre determinado assunto, quais palavras usar para evitar que a compreensão se tornasse mais dificultosa. Carolina (22) foi a sexta pessoa entrevistada na pesquisa, sendo a primeira mulher cis, a primeira lésbica, e a primeira participante que optou por realizarmos a entrevista de forma presencial. A participante se identifica racialmente como branca. Ela recebeu informações sobre a pesquisa a partir de outro participante que a incentivou a participar. Marcamos um dia e horário em um dos locais onde eu realizava atendimentos no município, em um horário em que ambas estariam livres. Conversamos no dia 27 de julho de 2022, por cerca de 54 minutos. A experiência de realizar, após 4 anos, entrevistas presenciais, foi animadora, mas trouxe a mesma ansiedade sentida quando realizei a primeira entrevista no formato virtual. Receios sobre estabelecer um vínculo com a participante, deixá-la à vontade e segura para compartilhar suas experiências e construir sua narrativa. Também havia expectativas por ser a primeira mulher cis e lésbica a participar, o que abria possibilidades para dialogar sobre aspectos da saúde da população LGBTQIA+ que não haviam sido abordados em entrevistas anteriores.

A sétima entrevista foi realizada com Jean (23), que se apresenta como homem cis, gay e pardo, e soube da pesquisa por uma colega de trabalho, que lhe encaminhou o

formulário, no qual ele deixou seu contato. Após conversamos pelo *whatsapp*, marcamos a entrevista para o dia 01 de agosto de 2022, no período noturno, e a conversa durou 55 minutos. Após alguns dias, outra colega de trabalho lembrou de uma paciente que se identifica como mulher trans, e após a autorização da paciente, me passou seu contato de *whatsapp*. Entrei em contato com ela e marcamos a entrevista presencialmente, em uma das salas do posto de saúde, para o dia 16 de agosto de 2022. No dia marcado, Lana, que se identifica como mulher trans, heterossexual e parda, não apareceu para a entrevista, e me respondeu após algumas horas no *whatsapp*, explicando que houve um imprevisto e não pôde comparecer. Ela levantou a possibilidade de realizarmos no dia seguinte, 17 de agosto de 2022, às 18h. A conversa com Lana foi realizada de forma virtual e teve duração de 55 minutos.

A nona entrevista foi realizada com Mari (32), mulher cis, lésbica e negra, de forma virtual, no dia 22 de agosto de 2022. Entrei em contato com a participante após uma colega de trabalho falar sobre a pesquisa para ela e após a sua autorização. Furneci algumas informações básicas sobre o estudo e Mari aceitou participar. Conversamos por cerca de 58 minutos. A última entrevista com pessoas LGBTQIA+ foi realizada com Mônica (25), mulher cis, bissexual e parda, presencialmente, no dia 29 de agosto, durando 30 minutos. Sobre essa entrevista, recordo que experienciei certo receio, por ser uma colega profissional da saúde do município, e por sempre ter percebido essa colega muito discreta sobre sua orientação sexual. Mesmo que a relação da participante com sua companheira não fosse escondida das demais pessoas, senti certo constrangimento ao abordar questões pessoais de uma pessoa que convivia comigo no dia a dia do trabalho. Ao longo da conversa, percebi Mônica contida em suas respostas, o que pode ter sido meramente uma impressão, ou até mesmo reflexo dos receios que eu estava sentindo naquele momento, o que me trouxe reflexões sobre como a

experiência de entrevistar pode ser tão variada e particular, a partir de vínculos que já existem ou que passam a ser construídos a partir do encontro da entrevista.

Após realizar as dez (10) entrevistas com pessoas LGBTQIA+, foi possível perceber saturação nas informações compartilhadas. As experiências das pessoas que haviam participado se assemelhavam em determinados pontos, divergiam em outros, mas parecia haver material suficiente para iniciar discussões e análises. As percepções proporcionadas pela realização das entrevistas foram plurais e diversas. Desde encontros em que as conversas pareciam mais fluídas a encontros em que parecia mais difícil acessar a experiência daquela pessoa. Conversas mais longas, outras mais curtas; e assim por diante. Um aspecto se destacou e atravessou cada momento: precisamos manejar os encontros atentamente, sendo a atitude de cuidado imprescindível. Não se trata de ir a campo buscando entrevistas sobre experiências, e sim a experiência da entrevista.

Aposta-se que o ato de dizer que se produz a partir da entrevista, o reconhecimento de como se deu a experiência, do que foi vivenciado e sentido, pode possibilitar uma transformação nas formas cristalizadas de se lidar com as situações compartilhadas. Assim, “A entrevista torna-se um instrumento de cultivo dessa transformação” (Sade *et. al.*, 2013, p. 2817). Portanto, essa ferramenta metodológica se mostrou como potente para acessar e construir experiências sobre desafios na atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ na AB do SUS; também possibilitou um momento de troca e compartilhamento sobre as vivências de pessoas LGBTQIA+ na APS, colaborando, portanto, para o alcance dos objetivos pensados nesse trabalho. Ao apostarmos em metodologias que se interessam pela produção de conhecimentos a partir de vozes subalternizadas, pela denúncia da LGBTQIA+fobia e pela proposição de novos caminhos e formas de enfrentamento a tais violências, buscamos nos somar aquelas e aqueles que articulam lutas e resistências buscando igualdade e justiça.

Oficina com profissionais da APS: dispositivo grupal

A realização de uma oficina com profissionais da APS foi pensada como estratégia metodológica de pesquisa inter(in)venção visando proporcionar um momento de educação permanente em saúde, pautado no diálogo e compartilhamento de experiências e desafios no acompanhamento e demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+ com aquelas/es que atuam no cotidiano das unidades de saúde. O município vinha realizando, mensalmente, momentos de Educação Permanente com as/os profissionais da APS; dessa forma, foi levada a proposta da realização de um momento com a temática “Atenção à Saúde da População LGBTQIA+ na APS do SUS”, que foi bem recebida pela gestão. Geralmente, os encontros de educação permanente eram inseridos na agenda mensal e todas/os que atuam nas unidades de saúde eram convocados a participar. Entretanto, por se tratar de uma etapa da pesquisa, as/os profissionais foram convidados, por meio dos grupos de *whatsapp*, e foi disponibilizado um formulário no qual constava uma breve explicação sobre a pesquisa, os objetivos da capacitação, a participação livre e voluntária, e sobre a possibilidade de gravação do encontro, após autorização de quem estivesse presente por meio do TCLE. O encontro foi realizado dia 30 de abril de 2024 e durou cerca de 2h30min, com 23 participantes: 9 enfermeiras, 2 dentistas, 1 fisioterapeuta, 4 nutricionistas, 6 médicas/os, 1 estudante de enfermagem. Todas as pessoas se identificaram enquanto cisgênero. Com relação à orientação sexual, a maioria era heterossexual, havendo duas pessoas bissexuais, dois homens gays, uma mulher lésbica, uma pessoa que marcou a opção “outros”, e uma pessoa pansexual.

A oficina foi pensada como um dispositivo inter(in)ventivo que surge a partir do próprio campo, a partir das entrevistas realizadas com pessoas LGBTQIA+, das narrativas e das experiências compartilhadas por essas pessoas, que nos trouxeram como pista a importância de ampliar as discussões, inserindo, também, as narrativas de profissionais, suas

percepções sobre a saúde da população LGBTQIA+, e produzir um espaço de capacitação para esse grupo. Entendemos que os dispositivos grupais buscam

Acessar o plano coletivo de forças que compõem os processos de subjetivação aos quais se relacionam os participantes, seja através de atividades que possibilitem o resgate e a criação de memórias sobre si e sobre a comunidade, seja em exercícios de problematização (Costa, Silva, Alves, Frota & Barros, 2021, p. 277).

No caso da presente pesquisa, problematizações referentes à atenção a saúde da população LGBTQIA+ na APS. O campo mobilizou a proposição de tal dispositivo e apostou-se no caráter interventivo da oficina, que, através das experiências compartilhadas e dos diálogos produzidos no encontro, pode vir a fissurar lógicas enrijecidas no cotidiano das unidades de saúde e das práticas profissionais. Entendemos o dispositivo grupal como uma ferramenta que “aciona a capacidade de transformação e desterritorialização” (Rodrigues, Assis e Leonardo, 2021, p. 369), logo, olhamos para o grupo como mobilizador de estratégias diante das problemáticas compartilhadas, como o desrespeito a pessoas LGBTQIA+ nas unidades de saúde, por exemplo, como dispositivo que pode ampliar a percepção das/os participantes sobre as demandas de saúde dessa população, e a reflexão coletiva sobre modos de enfrentamento à LGBTfobia cotidiana nas unidades de saúde.

A capacitação foi realizada a partir de três momentos: inicialmente, foi apresentado o vídeo “O Enigma – ONU contra a homofobia”¹², contextualizando o propósito do encontro, de falar sobre direitos de pessoas LGBTQIA+, mais especificamente o direito à saúde, e após o vídeo foram apresentadas três perguntas às/aos participantes, para que falassem livremente sobre elas: “Como vocês imaginam que sejam as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam atendimento na APS?”; “Quais vocês pensam que são as demandas de saúde dessa

¹² <https://www.youtube.com/watch?v=lpNE7D5avXo>

população? De pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais...”; “Que dúvidas você tem sobre saúde da população LGBTQIA+?”. A partir dessas três perguntas iniciais, as pessoas participantes trouxeram situações vivenciadas nas unidades de saúde, como o desrespeito ao nome e ao pronome de pessoas trans e travestis, falaram sobre a dificuldade em manter o sigilo na APS, trouxeram percepções sobre as principais demandas de saúde que essas pessoas levam ao posto de saúde, entre outros pontos.

Após o diálogo e as trocas iniciais, houve um momento de explanação por parte da pesquisadora, a partir do qual foram apresentadas reflexões sobre os seguintes pontos: “Orientação sexual x Identidade de gênero”; “Porque falar da saúde da população LGBTQIA+?”; “Pontos históricos sobre a saúde da população LGBTQIA+ no Brasil”; “PNSILGBT”; “Saúde da população LGBTQIA+ - Algumas especificidades”; “O lugar da APS”. Esse momento se configurou como um espaço de “Capacitação” aos profissionais, mas também houve abertura para que fossem tiradas dúvidas ou compartilhados aspectos das experiências no cotidiano das UBS que se relacionassem aos pontos abordados.

No terceiro momento, as/os participantes foram divididos em grupos e cada grupo recebeu um caso para discussão e posterior diálogo com o restante das pessoas presentes; os casos abordavam 1) saúde de homens gays/bissexuais; 2) saúde de mulheres lésbicas/bissexuais; 3) saúde de pessoas trans/travestis. Havia perguntas disparadoras ao final de cada caso, que tinham o objetivo de colaborar com a reflexão das/dos profissionais: “Como deveria ser orientado o atendimento dos/das profissionais? Quais aspectos devem receber atenção? Como a/o paciente deve ser acolhida/o e orientada/o? Quais os riscos e dificuldades podem ser vivenciadas nessa situação, tanto pela/o usuária/o como pela equipe da UBS?”. Cada grupo leu o caso e expos às demais pessoas as reflexões produzidas, finalizando assim a oficina com profissionais da APS.

Destacamos que as pessoas que participaram do encontro o fizeram por livre e espontâneo desejo e interesse pela temática, o que potencializa o momento de trocas e reflexões. O espaço grupal torna-se um agenciador de tensionamentos e busca por outras formas de produzir atenção e cuidado à população LGBTQIA+, na medida em que as/os profissionais presentes compartilham experiências nas quais se percebe a constante violação de direitos dessa população, ou na medida em que escutam demandas de saúde que algumas pessoas levaram à UBS, e passam a ampliar suas percepções sobre a saúde dessa população. Assim, o grupo atua “como espaço de desindividualização” (Rodrigues, Assis e Leonardo, 2021, p. 371), das experiências nas unidades de saúde, dos desafios percebidos, das alternativas para o enfrentamento à LGBTQIA+fobia cotidiana no campo da saúde. No momento inicial, buscamos colher experiências, percepções, relatos e ouvir aquelas pessoas sobre suas práticas com pessoas LGBTQIA+. Com a exposição/capacitação, objetivamos dialogar sobre aspectos fundamentais da saúde da população LGBTQIA+, informar e tirar dúvidas, visando a melhor qualidade da assistência oferecida a essa população na APS. A partir das discussões de casos, buscamos propor que aquelas/es profissionais pensassem sobre suas práticas, sobre os desafios cotidianos, sobre aspectos na atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ que podem passar despercebidos na lógica de funcionamento dos serviços públicos de saúde, que tem como foco metas e quantitativos de atendimentos, invisibilizando pessoas como sujeitos de direitos e que são atravessados por diversos marcadores, entre eles o de gênero e orientação sexual.

Análise e aspectos éticos

A análise, na presente pesquisa, não se centra sobre dados, no sentido de realidades objetivas independentes da própria pesquisa, pré-existentes e cristalizadas, e sim sobre os

processos que são colocados em movimento com a pesquisa. Ao entrevistar, movimentos são produzidos. A análise, nessa perspectiva, se compromete com as realidades que emergem na pesquisa, com os efeitos produzidos nas realidades investigadas, assim como os efeitos que atravessam pesquisadoras/es e pessoas que colaboram e participam na construção da pesquisa.

Ao pensarmos a experiência de pessoas LGBTQIA+ que buscam a Atenção Primária do SUS, buscamos produzir espaços de participação, por meio das entrevistas e da capacitação, dando espaço para as experiências narradas e aquelas produzidas em ato, nas entrevistas e no encontro com profissionais. Quando as/os participantes narram as experiências sobre o cotidiano nos serviços de saúde, trazem nessa narrativa as forças presentes e que se articulam as práticas desenvolvidas no campo da pesquisa, sejam práticas de acolhimento, de exclusão, de cuidado, de invisibilização.

Destacamos, nas análises apreendidas até o momento, a vivência de *situações de LGBTQIA+fobia nos espaços da atenção primária à saúde; Invisibilidade de orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes na atenção primária à saúde; A percepções sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+; Impactos na saúde da população LGBTQIA+; Caminhos de enfrentamento à LGBTQIA+fobia no SUS*. Experiências que denunciam, mas indicam caminhos e possibilidades de mudança.

Nas análises realizadas utilizamos o *software Atlas.ti*. Após a transcrição de todas as entrevistas e da capacitação, sistematizamos as respostas das pessoas entrevistadas por blocos, relacionando as respostas aos objetivos da pesquisa, ou seja, 1) aquelas que se referiam às experiências de pessoas LGBTQIA+ na APS; 2) aquelas referentes às percepções sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+ e a PNSLBGT; 3) e aquelas referentes aos impactos que as experiências na Atenção Primária produzem sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios encontrados. A partir disso, encontramos categorias que guiarão as discussões

teóricas/analíticas dos capítulos seguintes da presente tese. Com relação ao primeiro objetivo específico, encontramos as seguintes categorias: expressões da LGBTQIA+fobia na APS; Falta de acolhimento na APS; Invisibilização da orientação sexual e/ou identidade de gênero na APS; Desrespeito ao nome social na APS; Percepções de participantes sobre a articulação entre orientação sexual, identidade de gênero e outros marcadores sociais; Estigmatização da população LGBTQIA+ na APS. Com relação ao segundo objetivo, identificamos as seguintes categorias: Questões de Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas LGBTQIA+; Questões de Saúde Mental e impactos da LGBTQIA+fobia; Processo transexualizador no SUS; Referente ao terceiro, apontamos as seguintes categorias: Capacitação e formação profissional; Acesso e acolhimento na APS; Participação, controle social e efetivação de políticas públicas; Ações educativas;

A análise se dá sobre uma realidade em construção, um cotidiano em movimento, não havendo um início, meio e fim dessas experiências, mas “múltiplas entradas possíveis para a interrogação das práticas” (Aguiar & Rocha, 2007, p. 651). Ao compartilhar as experiências das pessoas entrevistadas e das pessoas que participaram da capacitação, estamos buscando que sejam instaurados “novos regimes de verdade, baixos começos que movem montanhas, lutas que se opõem à mitificação de pequenos segredinhos, banalidades da ação que preservam (ou ferem) grandes dominações” (Rodrigues, 1993, p. 444).

Considera-se que os atores implicados, tanto pesquisadora como participantes, são atravessadas/os por vetores determinantes para a construção da análise, como sexo, idade, raça, posição socioeconômica (Rossi & Passos, 2014). Assim, trazer para o debate a interseccionalidade como ferramenta de análise das experiências compartilhadas torna-se importante nesta pesquisa. Ao utilizarmos a interseccionalidade como dispositivo de análise (Platero, 2012), apontamos que essa ferramenta contribui para a visibilização das estruturas de poder e privilégio destinadas a determinados segmentos/grupos sociais, e buscamos trazer um

lugar visível para a sexualidade na análise interseccional aqui empreendida. Como afirma o autor: “implica tener una mirada compleja e interseccional sobre la sexualidad considerada como abyecta o perteneciente a los márgenes, consciente que en este esfuerzo estamos subrayando cómo funciona el privilegio y el poder” (2012, p.16).

Com relação aos aspectos éticos da pesquisa, destacamos a importância da submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (CAAE: 55161821.4.0000.5054). Além disso, estão sendo seguidos os aspectos éticos previstos nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Os nomes de participantes foram modificados, com o intuito de garantir sigilo quanto à identificação, e qualquer informação que possa possibilitar a identificação de qualquer pessoa não será compartilhada. Também serão respeitados e levado em consideração o desejo de desistir a qualquer momento da pesquisa, inclusive após a realização da entrevista. Foram entregues a todas as pessoas entrevistadas e participantes da capacitação uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Todas as diretrizes das Resoluções 466/12 e 510/16 estão sendo respeitadas.

Consideramos, entretanto, que uma postura ética em pesquisa não se reduz a tais procedimentos supracitados. A reflexão ética deve atravessar toda a experiência da pesquisa, considerando que, ao construirmos um projeto, buscando prever riscos, benefícios e pensando em estratégias metodológicas, não conseguimos prever (não completamente) como se dará, de fato, a experiência que o campo da pesquisa produzirá. Como afetaremos e como seremos afetadas/os. Que intervenções serão produzidas com a experiência do pesquisar. Que tensionamentos serão gerados. Marinho (2019) refere que se faz necessário, portanto, que os cuidados éticos em nossas pesquisas transbordem a elaboração do TCLE e a submissão do projeto ao Conselho de Ética, buscando que todo o percurso da pesquisa seja acompanhado por um cuidado ético, e que haja um investimento de pesquisadoras/es no cuidado a si mesma/o, uma atenção com relação ao manejo dos encontros com participantes de nossas

pesquisas, atentas/os ao risco de colocarmos esses sujeitos na posição de fornecedores de dados e desconsiderarmos as implicações éticas de nossas pesquisas.

O autor também reflete sobre estarmos, enquanto pesquisadoras/es, fazendo escolhas em diversos momentos de nossas pesquisas; tais escolhas, que fazem parte da imprevisibilidade do campo, devem ser feitas com reflexões éticas. Ou, diria, uma postura ética de cuidado. Cuidado com a pesquisa, cuidado com o campo, com participantes e com a própria pesquisadora. Durante a realização da primeira entrevista, que foi realizada com Dandara, em certo momento a participante verbalizou: “A questão do acesso é pra mim o ponto geral (...). A gente é atendida, eu sou atendida, não sei se você é uma pessoa hetero ou não - balanço a cabeça negativamente e ela afirma em seguida: é, eu sabia (risos)” (Dandara, travesti, bissexual, preta). A decisão de balançar a cabeça ou não esboçar reação alguma diante do comentário de Dandara, que não chegou a ser feito como pergunta, ao mesmo tempo em que traz uma dúvida da participante e o desejo de ter acesso a essa informação, não passa por uma reflexão ética? Quais as implicações de afirmar que não sou heterossexual? Quais as implicações de não afirmar? Que impactos seriam produzidos ao colocar-me enquanto mulher LGBTQIA+ para as/os participantes? Penso que tal acontecimento, o da pergunta não perguntada, traz para a cena da pesquisa as reflexões éticas que fazem parte da imprevisibilidade do campo. Falar sobre minha sexualidade não estava previsto no questionário inicial – mas quando Dandara parece querer perguntar sobre, me parece importante afirmar, ainda que com um aceno de cabeça. E aqui cabe assumir o desafio ético, bem colocado por Bicalho (2019), de reconhecer que serão produzidas surpresas imprevisíveis ao habitar-mos o campo da pesquisa, surpresas estas irredutíveis ao TCLE.

É preciso considerar que ao habitar-mos o campo da pesquisa e sustentar que podemos nos deparar com desafios e surpresas, tais surpresas podem não ser agradáveis, e o desafio ético está justamente em encontrarmos um campo que não é tão dócil como o esperado e que

nos traz questionamentos (Bicalho, 2019). Partindo da não docilidade do campo, Bicalho fala sobre o conceito de recalcitrância, de Despret (2011, como citado em Bicalho, 2019), que trata da resistência do campo ao que nos propomos a fazer enquanto pesquisadoras/es. E o campo resiste de diferentes formas: quando, antes de iniciar a pesquisa, em uma conversa com uma colega escuto sobre a possível dificuldade em encontrar participantes, por se tratar de um município pequeno e bastante religioso; quando uma pessoa recebe o convite para participar da entrevista e, por diversos motivos, não deseja falar sobre aquele tema; ou quando, ao falar com um possível participante, o mesmo me explica ser menor de idade e que seus responsáveis não assinariam o TCLE, por não concordarem com sua orientação sexual. E então me deparo com o desafio ético de “torturar o campo, para que o campo seja exatamente aquilo que a gente previu. Ou a gente abre mão da noção de previsibilidade e entende que fazer pesquisa é estar aberto às surpresas que o campo nos coloca” (Bicalho, 2019, p. 24). Recalculando rotas, buscando outras vias de acesso que possibilitassem a produção de encontros e da própria pesquisa, pois torturar o campo não me parecia um direcionamento ético plausível.

Também cabe considerar que pensar a ética em pesquisa traz a questão de que toda pesquisa é intervenção e, assim como o campo é imprevisível, as intervenções que serão produzidas mesmo ao fim de nossas pesquisas também o são (Bicalho, 2019). E considerando que toda pesquisa é intervenção, o autor refere sobre “pensar a ética em pesquisa como uma dimensão que é coletiva” (Bicalho, 2019, p. 30), portanto não se reduzindo a uma atitude específica da/o pesquisadora/o, mas sim a relação da/do pesquisadora/o com tudo aquilo que acontece na pesquisa. Sendo assim, “a dimensão ética reside em respeitar as vozes que escutamos e honrar as trajetórias dos/as que aqui nos confiam seu legado, não somente sobre seus percursos singulares, mas também sobre a história de um povo” (Costa, 2021, p. 76).

Assumimos, então, o compromisso de buscar contribuir com a desestabilização de formas já tão naturalizadas de promover o acesso ou a negação deste às pessoas LGBTQIA+ nos cuidados básicos em saúde, a partir das narrativas de sujeitos que, ao se dispuserem a falar sobre suas experiências, erguem suas vozes contra um movimento histórico de invisibilização, negação e exclusão. Espera-se que esse estudo contribua para a construção de práticas de atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ que não sejam atravessadas por discriminações e estigmatizações, que estejam comprometidas com a atenção integral à saúde de pessoas LGBTQIA+. Também se espera que mais profissionais sejam capacitadas/os para atuar com pessoas LGBTQIA+, assim como possibilitar maior visibilidade para a temática. Espera-se que a pesquisa possibilite tensionamentos não só para a psicologia, mas para o campo da saúde coletiva como um todo. Além disso, é esperado que essa pesquisa contribua para formulações de políticas públicas voltada para a saúde de pessoas LGBTQIA+ sobretudo frente a intolerância a orientações sexuais e identidades de gênero que fogem à cisheteronormatividade compulsória.

Saúde de pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária: o campo capturado pela LGBTQIA+fobia

“3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”.

(Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, 2011).

“Agora se você vai no posto de saúde e é mal atendida, a pessoa fica com cara feia, embora seja um direito seu ali, mas a gente não tem obrigação de procurar atendimento no posto de saúde e ser maltratada, e ser discriminada.” (Lana, mulher trans, heterossexual, parda).

O presente capítulo, assim como o seguinte, tem a pretensão de colocar em análise a saúde e as experiências de pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária à Saúde, a partir de debates sobre a cisheteronormatividade compulsória. Iremos dividir as discussões, que se referem ao primeiro objetivo específico traçado para a tese, a fim de tornar a leitura mais fluida e tendo em vista o volume e a riqueza dos dados produzidos pelas entrevistas e pela oficina. Neste capítulo, apresentaremos questões trazidas pelas pessoas participantes do estudo que se referem a dois pontos: a ausência de acolhimento experienciada por pessoas

LGBTQIA+ na APS; a percepção de estigmatizações com relação ao HIV/Aids e pessoas LGBTQIA+.

Buscaremos também colocar em análise o próprio campo da Saúde Coletiva, refletindo com usuárias/os LGBTQIA+ do sistema público de saúde sobre as práticas e discursos direcionadas aos seus corpos quando buscam a APS. Como se dá a atenção direcionada a essas pessoas? Quais corpos encontram espaço nas políticas de saúde? Quais corpos são considerados como dignos de atenção, respeito e acolhimento? A quem as políticas excluem/incluem?

O Brasil possui, desde 1990, a partir da Lei 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, um Sistema Único de Saúde. Anteriormente, o Brasil possuía ações de saúde verticalizadas, com centralização no governo federal, e o setor privado era responsável por grande parte da oferta de serviços de saúde médico-hospitalares (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). No período anterior à promulgação da Lei 8.080 havia uma mercantilização crescente da saúde e a saúde pública estava em segundo plano, se tornando ineficiente, com campanhas de baixa eficácia, com foco em medidas curativas, o que produzia graves consequências para a saúde da população (Escorel, Nascimento & Edler, 2005). Segundo os autores, o movimento sanitaria eclode na segunda metade da década de 70, ainda durante o período ditatorial, fruto de uma sucessão de descontentamentos por parte da população e de movimentos sociais, profissionais da saúde, entre outros. As denúncias sobre a situação do campo da saúde pública se tornaram frequentes, as reivindicações por soluções referentes aos problemas que foram criados pelo modelo de saúde vigente se intensificaram, e assim foi se formando a base do Movimento Sanitário, que teve papel de liderança na reformulação do campo da saúde. Passa a ganhar destaque o campo da Saúde Coletiva, e não mais a Medicina Preventivista, até então hegemônica no país. Na Saúde Coletiva:

se tomava por objeto não mais o indivíduo ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social – classes e frações de classes – e a distribuição da saúde e da doença. Transformou-se a maneira de selecionar os objetos de estudo, não mais as possibilidades de modelos teóricos, mas sim as próprias contradições do sistema de saúde. Postulou-se uma nova concepção da ciência: não mais a ciência neutra; uma teoria que sustentasse, dentro do setor, uma luta política em que a realidade sanitária fosse objeto de estudo e intervenção política (Escorel, 1999, p. 27).

Sem a pretensão de destrinchar, neste texto, todo o processo de Reforma Sanitária, salientamos que o movimento sanitário produziu diversas formas de enfrentamento às lógicas dominantes no campo da saúde pública. Buscavam implementar políticas de saúde alternativas às do regime militar, colocar em exercício diretrizes que pudessem transformar o sistema de saúde, colocar em movimento projetos que se tornaram modelo do futuro sistema de saúde a ser consolidado e que provavam que as propostas do movimento eram exequíveis (Escorel *et al.*, 2005).

Com o fim da ditadura militar, na segunda metade da década de 80, houve a convocação da VIII Conferência Nacional de Saúde, na qual se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Na ocasião, ficou nítida a necessidade da ampliação do conceito de saúde e discutiu-se sobre a natureza do novo sistema, tendo sido recusada a ideia de estatização e mantendo-se a ideia de fortalecer e expandir o setor público; foi nessa conferência que se aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, separado completamente da previdência, com um novo arcabouço institucional (Escorel *et al.*, 2005).

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (1988), o artigo 196 trouxe a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido “mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e

recuperação” e traz como diretrizes para o novo sistema: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade”.

Em 1990 foi promulgada a Lei 8.080 (1990), que passa a regular as ações e os serviços de saúde em todo o território brasileiro; considera a saúde como direito fundamental de todo ser humano e direciona ao Estado o dever de garantir as condições necessárias ao seu pleno exercício; considera que a saúde expressa não somente a ausência de doenças, mas aspectos sociais e econômicos do País, apontando para a existência de determinantes e condicionantes da saúde, como a alimentação, a moradia, a renda, a educação, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros.

Importante destacar que em seu artigo 7º, a referida lei refere os princípios do SUS, cabendo destacar os seguintes:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; (...); IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (...) IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (1990).

Apontamos para tais princípios, pois indicam a direção que deve ser seguida em todos os âmbitos do SUS, ou seja, deve ser um sistema de saúde com acesso universal, a qualquer pessoa em território nacional; deve haver a prestação de assistência à saúde das pessoas sem qualquer forma de preconceito e discriminação, e os serviços são descentralizados, devendo as/os usuárias/os ter acesso nos municípios, aos serviços hoje inseridos no que se conhece por Atenção Primária à Saúde.

De acordo com o Decreto n. 7.508 (2011), que, entre outras coisas, dispõe sobre a organização do sistema, o SUS possui Portas de Entrada, que são serviços que oferecem

atendimento inicial à/ao usuária/o, sendo a Atenção Primária uma das Portas de Entrada. Ou seja, a assistência à saúde deve se iniciar no território na qual aquele sujeito está inserido, por meio de uma das Portas de Entrada do SUS, sendo a Atenção Primária uma delas.

Mas o que vem a ser a Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica? Segundo a Portaria n. 2.436 (2017):

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Dentro da APS, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se configuram como os estabelecimentos de saúde que oferecem ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, também conhecidos, popularmente, como Postos de Saúde. No presente estudo, ao pensarmos sobre a atenção à saúde da população LGBTQIA+, nos debruçamos sobre as experiências dessas pessoas na APS pela relevância que essa Porta de Entrada possui na organização da assistência prestada às/aos usuárias/os, como referido na Portaria n. 2.436: “§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS (Rede de atenção à saúde), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (2017). Assim, o sujeito que acessa o sistema de saúde por meio da APS deverá ter suas necessidades de saúde analisadas, compreendidas e atendidas, com os devidos encaminhamentos que se façam necessários a serviços e equipamentos que façam parte dos demais níveis de atenção à saúde (atenção secundária e terciária). A APS se configura, portanto, como a principal forma de acesso das pessoas ao SUS, carregando consigo o dever de ofertar “integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades

e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde”, como refere a Portaria n. 2.436 (2017); Além disso, está expresso na Portaria supracitada a proibição de qualquer exclusão baseada em diversos critérios, entre eles gênero, cor/etnia, orientação sexual e identidade de gênero, devendo haver estratégias para minimizar as desigualdades/iniquidades e para evitar exclusões de grupos que possam se tornar alvos de estigmatizações e discriminações.

Porém, estaria a APS oferecendo assistência à saúde da população LGBTQIA+, um grupo marcado por identidades de gênero e orientações sexuais que fogem à cisheteronormatividade, de forma igualitária, sem discriminações e estigmatizações, como preconizam as políticas públicas de saúde? Esse questionamento nos ajuda a resgatar o objetivo do estudo, que se refere a conhecer como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS. Como se vivencia a APS do SUS por parte de pessoas LGBTQIA+? Que experiências atravessam seus corpos e suas subjetividades? São produzidas práticas de acolhimento, atenção, escuta, ou são produzidas violências, exclusões e invisibilizações? Enquanto principal Porta de Entrada do SUS, quais corpos podem entrar na APS? Como se dá a entrada de corpos LGBTQIA+? Para quais corpos as portas se fecham? Nos questionamos se nossas políticas estão atentas às violências, invisibilizações e estigmatizações que atravessam essa população, historicamente posta à margem e vulnerabilizada pelas instituições e pela sociedade como um todo.

Expressões da LGBTQIA+fobia na APS: “É o local que é pra você se sentir seguro e acolhido e você não se sente”

Pessoas LGBTQIA+ se encontram à margem das normas cisgêneras e heterossexuais que norteiam as relações e a forma de existir em nossa sociedade, deslocando, através de seus

corpos e experiências, as imposições de gênero e sexualidade que organizam (ou tentam organizar) a vida em sociedade. Butler utiliza o termo matriz heterossexual para se referir à “grade de inteligibilidade cultural por meio da qual os corpos, gêneros e desejos são naturalizados” (2003, p. 23) e se utiliza da expressão “heterossexualidade compulsória”, de Adrienne Rich, para caracterizar o modelo hegemônico a partir do qual se compreende gênero em nossa sociedade, segundo o qual, para os corpos serem coerentes, é necessário que haja um sexo e um gênero estável (e correspondentes – masculino e macho; feminino e mulher) e que são definidos por meio da compulsoriedade da heterossexualidade (Butler, 2003). Essa matriz regula a sociedade e as relações, o que significa dizer que um corpo se torna inteligível quando expressa o seu gênero de acordo com o sexo que lhe foi designado ao nascimento e se o seu desejo se direciona a uma pessoa do sexo e gênero opostos. Portanto, pessoas que não operam de acordo com a matriz heterossexual se tornam alvo de diversas formas de violação.

Mais recentemente, houve o advento do conceito de cisgeneridade, por meio de ativistas e intelectuais transfeministas, e o conceito é utilizado para nomear corpos de pessoas não transexuais (Nascimento, 2021). Vergueiro (2013) nos fala sobre esses termos analítico+político (‘cisgeneridade’ ou pessoa ‘cisénera’), explicando que trazem a utilização do prefixo latino ‘cis’ oposto a ‘trans’ para nomear corpos considerados “normais”, por seguirem a normatividade em termos de identidade de gênero, tantas vezes chamados de “naturais” ou “verdadeiros” (a mulher de verdade x a mulher trans, por exemplo). Considerar a política de nomeações das existências, corpos e subjetividades como casual nos põe em erro, pois como nos aponta Cavalcanti (2016) tal política surge a partir de locais legitimados para a produção de verdades, de conhecimentos considerados como legítimos, ou seja, a partir da cisgeneridade. A própria psicologia, por muito tempo, se legitimou enquanto produtora de conhecimentos através da inclusão de sujeitos nas réguas da normalidade e a exclusão e

patologização daquelas/es que não encontravam espaço em tais normas, estabelecendo verdades sobre o gênero (Fuchs, Hining e Toneli, 2021).

Assim, o termo cisgeneridade nomeia quem, por muito tempo, não foi nomeado, por estar de acordo com a normatividade, e ao nomear busca-se desnaturalizar tais corpos e tensionar a norma que coloca à margem aquelas/es às/aos quais se destinam as margens:

Nomear a norma é o primeiro passo rumo a uma redistribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência, porque a norma é o que não se nomeia, e nisso consiste seu privilégio. A não marcação é o que garante às posições privilegiadas (normativas) seu princípio de não questionamento (Mombaça, 2017, p. 11).

Referem Carvalho e Menezes (2021), que a matriz de inteligibilidade busca garantir não só a performance heterossexual dos sujeitos, mas também a coerência entre sexo (genitália) e a performance de gênero, utilizando a noção de cisheteronormatividade, que também é utilizada na presente tese. Como tais normas sociais operam nas instituições de saúde? Como os corpos de pessoas LGBTQIA+ experienciam os serviços da APS, uma vez que tais espaços, como as UBS, são operacionalizados por sujeitos subjetivados por tais normas? As narrativas das pessoas participantes da presente pesquisa nos colocam diante de uma realidade na qual diferentes expressões da LGBTQIA+fobia aparecem em atendimentos na APS, trazendo para o debate um campo atravessado por práticas de exclusão, discriminação e desatenção. Gilberto, um dos entrevistados, que se identifica como homem cis, gay e pardo, nos aponta para sua experiência, na qual destaca a falta de acolhimento nos postos de saúde:

Então falta isso, principalmente na APS esse acolhimento. Eu não vou nem dizer, Livia, que é falta de estudo. Porque você mais do que ninguém, como pesquisadora, sabe dizer, os livros estão aí pra isso, os artigos estão aí pra isso, os documentários. Falta mesmo é interesse sabe?

O acolhimento, um dos pilares da Política Nacional de Humanização (PNH) (2013) do SUS, não parece estar presente na vivência de pessoas LGBTQIA+ nos serviços da APS. De acordo com a Política Nacional de Humanização (2013), o acolhimento diz respeito a reconhecer as demandas apresentadas pelas/os usuárias/os de forma legítima e singular, sustentando a relação entre as equipes e a população, tendo como objetivo a construção de relações de confiança e compromisso entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. A ausência de uma postura acolhedora, interessada, atenta, preocupada com aquele sujeito que está diante de si, com uma queixa relacionada à sua saúde, como relatado por Gilberto e por outras/os participantes, nos aponta para os efeitos da cisheteronormatividade nesses espaços, que deslegitima as demandas desses sujeitos, dando a elas desimportância e invisibilização. Na medida em que tal norma produz inteligibilidade e segurança para determinados corpos, produz locais de insegurança e receio constante para outros. Mari, mulher cisgênero, lésbica e negra, aponta para essa experiência, não só na APS, como no hospital, que se configura como um serviço do nível terciário de atenção do SUS:

É o local que é pra você se sentir seguro e acolhido e você não se sente. Você já vai no posto de saúde com medo do que as pessoas do próprio posto vão falar. (...) Medo das pessoas. Infelizmente é assim. Tanto no posto de saúde, como no hospital (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra).

Mari nos aponta o medo que se articula à experiência de buscar um serviço de saúde. Camila (médica, mulher cisgênero, bissexual) também trouxe em sua narrativa essa percepção, ao afirmar: “Eu já conversei com outras pessoas também da população LGBT lá na minha área e todos sentem um pouco de receio de chegar no posto de saúde”. Assim como Mari e Camila, outra profissional que participou da capacitação também destacou que alguns pacientes LGBTQIA+ relatam experiências negativas ao buscar o posto de saúde e que não gostam de ir até esse local:

A porta de entrada é a principal, a recepção é a principal. Se eu vou no canto e não sou bem acolhida, eu não vou mais voltar. E é o que mais eu recebo reclamação. Em relação ao atendimento, é isso. Tipo assim, a gente não gosta de vir porque o pessoal não sabe tratar, trata a gente mal, entendeu? Não respeita o nome social, por exemplo (Vanessa, enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual).

Podemos relacionar tais vivências ao que Bento (2017) nomeia como LGBTTFobia cordial: não há uma segregação legal de pessoas LGBTQIA+ nos postos de saúde; não há a proibição de suas entradas ou da busca por atendimento, ou da exigência por ser respeitada/o. Entretanto, a segregação se faz presente por meio de posturas, olhares, falta de interesse, ausência de acolhimento, e assim por diante. A LGBTTFobia cordial é vivenciada por tais sujeitos frequentemente em tais espaços, o que se articula ao medo relatado por Mari e à fala de pacientes de Vanessa, que afirmaram serem mal tratados nas UBS do município.

Pessoas LGBTQIA+, ao enfrentarem e deslocarem a cisheteronormatividade, que regula as relações sociais, atravessa as instituições e atua na produção de subjetividades, se tornam alvo de discriminações e intolerância, inclusive no campo da saúde, por seres corpos ininteligíveis, de acordo com a matriz de inteligibilidade operante. A experiência de falta de atenção, cuidado e acolhimento durante os atendimentos demarca a impossibilidade de tais corpos serem incluídos no estatuto de humanos.

Bento (2017) problematiza a ideia de direitos humanos como direitos direcionados a todos os sujeitos, demarcando que o que funda uma pessoa enquanto humano está intrinsecamente relacionado a generificação do corpo e essa compreensão generificada se apresenta presa à diferença sexual, portanto, a diferença sexual natural dos gêneros é fundante para o que a sociedade reconhece como humano e, portanto, digno de direitos. Segundo a autora, a história do corpo não pode ser separada dos dispositivos de construção do biopoder, sendo um corpo sempre socialmente construído e uma prova viva do processo de produção e

reprodução sexual. Nesse processo, certos códigos são naturalizados, enquanto outros são excluídos e colocados à margem do que é reconhecido como humanamente aceitável: “Se que lo que califica un cuerpo para adentrar a lo humano es la coherencia entre genitália, performances de género y sexualidad, luego aquellos que están fuero de esta intelegilidad están fuera de la humanidade” (2017, p. 72).

Na medida em que certos corpos são excluídos do estatuto de humanidade, tornam-se alvo de políticas de exclusão e desatenção. Como assegurar um atendimento acolhedor e o compromisso da equipe com pessoas LGBTQIA+, se a lógica cisheteronormativa continua sendo organizadora do que é considerado como humano, do que é saudável, do que é normal/anormal? Carolina (mulher cisgênero, lésbica, branca) expressa, através de sua narrativa, como percebe o atendimento na APS:

Não existe um cuidado, entendeu? Acho que esse cuidado poderia existir a partir do momento que o médico te acolhe, te faz essas perguntas, procura saber melhor sobre o paciente (...) não tem cuidado, não tem acolhimento, não tem acesso, não tem”.

A percepção de Carolina, de que o atendimento não é realizado de forma cuidadosa e de que não existe acesso para essas pessoas, assim como não existe acolhimento, traz para a cena a produção do não-lugar destinado a pessoas LGBTQIA+ na principal porta de entrada do SUS. Há lugar para aquelas/es considerados humanos, dignos de atenção, de escuta, a quem se direcionam práticas acolhedoras. A quem não se reconhece enquanto sujeito, por viverem fora do que está estabelecido nas normas de sexo e gênero, está destinado o lugar da não-legitimidade, do silenciamento, do apagamento. A essas pessoas não é negado, legalmente, o acesso: não são proibidas de acessar o espaço do posto, a sala do médico, a sala da enfermeira, mas não há o estabelecimento de vínculo ou possibilidade de escuta, demarcando a LGBTTfobia cordial (Bento, 2017) e a impossibilidade de serem escutadas/os. Spivak (2010) ao colocar a questão: "Pode a subalterna falar?", nos traz a resposta negativa,

considerando que apesar da tentativa, aquelas/es que estão no poder não escutam/compreendem o que diz uma/um subalterna/o. Não podem as/os subalternas/os falar, pois as estruturas de opressão não permitem que tais vozes sejam ouvidas, os regimes opressivos, entre eles a LGBTQIA+fobia, produzem silenciamento e apagamento das vozes que insistem em falar (Kilomba, 2019), fazendo parte de um projeto de mundo, de uma política de normalização que se orienta por princípios racistas, cisssupremassistas e heteronormativos (Mombaça, 2017) . Assim, o médico não faz perguntas, como nos diz Carolina, porque não quer ouvir. Não se procura saber melhor sobre o paciente, porque não quer escutar sobre o paciente, que está à margem do que se considera como humano.

Diante dessa lógica, os espaços de saúde vêm se configurando como locais onde não se produz saúde para essas pessoas, uma vez que se opera através de práticas de desatenção e desinteresse. Jean, homem cisgênero, gay e pardo, traz em sua narrativa a percepção compartilhada por outras pessoas entrevistadas, sobre ausência de acolhimento:

Eu digo por algumas situações que eu tive e também por conversas com amigos, que foram pro mesmo médico, pro mesmo posto de saúde, e conversando a gente começou a citar que... Ah... Eu também não me senti bem atendido, eu não me senti acolhido, eu não me senti bem avaliado.

Assim, temos uma população LGBTQIA+ que tem experimentado atendimentos na APS nos quais não percebem interesse por suas demandas de saúde, acolhimento e cuidado nos diálogos desenvolvidos, além da sensação de medo, por considerarem que o posto de saúde é um potencial lugar no qual podem sofrer ou já sofreram discriminações. Nogueira, Leitão e Silva (2021, p. 36) referem que:

Os preconceitos e as discriminações – frutos da produção e reprodução de uma lógica binária e cisheteronormativa que promove a patologização social desses sujeitos – vivenciados por esses corpos, em seus respectivos percursos, impedem que os serviços

de saúde se configurem como espaços de acolhimento, uma vez que nesses espaços ainda há estruturas organizadas para reproduzir e defender os padrões que direcionam e estão introjetados na sociedade, de modo que manejar sujeitos e corpos que desviam desse padrão recai, quase sempre, em exclusões e desrespeitos.

A produção de exclusões e desrespeitos no âmbito dos espaços da saúde, como na APS, atravessa a experiência de diversas pessoas entrevistadas na pesquisa. A exclusão não se dá de forma direta, como pontuado anteriormente, e se reinventa de diversas formas. Gustavo, homem cisgênero, gay e pardo, aponta para a experiência de sentir-se julgado por uma profissional de saúde, o que se configura como uma expressão da LGBTQIA+fobia, pautada na matriz cisheteronormativa e branca.

Eu não preciso que uma enfermeira olhe pra mim com olhar de julgamento, de questionamento e fale pra eu me prevenir sendo que a gente teve uma conversa sobre essa questão de prevenção e eu falei sobre me prevenir e tudo mais, então não havia essa necessidade. Eu me senti julgado, não me senti acolhido (Gustavo, homem cis, gay, branco).

Bento (2017) ao trazer a ideia de abjeção, refere que esta diz respeito a práticas hegemonicamente legitimadas, que retiram do sujeito a possibilidade de ser lido/entendido como humano. E quando um corpo é abjetado, se direciona para ele o nojo e a violência, segundo a autora. O nojo, por exemplo, que pode ter sido percebido por Gustavo, por meio de um olhar de julgamento da profissional, ao relacioná-lo, por ser um homem gay, às infecções sexualmente transmissíveis¹³. Tal vivência também pode ser articulada à questão racial, na medida em que Gustavo é um homem pardo, o que também se articula à orientação sexual na produção do lugar de não-humano e abjeto.

¹³ A vivência da estigmatização relacionada às IST's será melhor discutida mais à frente.

Tal realidade aparece também através de outros estudos, como no de Guimarães, Lorenzo e Mendonça (2020), que trazem dados de uma pesquisa na qual os profissionais de saúde entrevistados, quando questionados sobre o acolhimento à população LGBTQIA+ na APS, falam sobre uma lógica de garantia de igualdade, excluindo a noção de equidade, relacionando ações específicas de saúde à uma prática de discriminação. Nessa pesquisa, os profissionais não conseguem considerar a necessidade de que haja maior acolhimento a usuários LGBTQIA+ nas UBS, pois afirmam que já existe um atendimento igualitário e universal. Assim, ao não reconhecerem as discriminações direcionadas à população LGBTQIA+ e as iniquidades em saúde produzidas por elas, esses profissionais adotam uma postura de falsa inclusão, se distanciando das práticas de acolhimento que deveriam nortear suas ações na APS.

Torna-se importante refletir sobre o que significa a noção de equidade e universalidade citados pelas/os participantes da pesquisa acima referida. A noção de universalidade, enquanto um dos princípios fundamentais do SUS, não se refere a considerar um sujeito universal, e sim ao direito de todo e qualquer cidadão brasileiro ter acesso aos serviços do SUS (Matta, 2008), independente de raça, renda, religião, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros marcadores. A noção de equidade surge relacionada aos direitos das minorias, considerando que o conceito de igualdade se torna ineficiente para considerarmos as diferenças existentes na sociedade. A ideia de equidade passa, inclusive, a substituir a noção de igualdade entre os princípios do SUS, pois trata-se de reconhecer que não é suficiente oferecer a todas as pessoas, de forma igualitária, uma determinada quantidade de bens ou serviços: é preciso reconhecer as diferentes necessidades para que se possa alcançar a equidade na oferta de bens e serviços (Escorel, 2008). Assim, considera-se, por exemplo, a importância de que o SUS, assim como os atores que o constituem, estejam atentos às iniquidades produzidas pela LGBTQIA+fobia, não sendo suficiente garantir um “atendimento

igualitário” para a população LGBTQIA+, pois essa população é alvo de políticas de exclusão e extermínio que não se direcionam a pessoas heterossexuais e cisgênero, logo, são pessoas LGBTQIA+ não estão em posição de igualdade na sociedade, nem nos serviços de saúde.

Como nos traz Oliveira (2021, pp. 94-95).

Há que se ponderar sobre os elementos simbólicos e políticos que atravessam discursos e práticas em torno da tão propagada “equidade”. Ela está longe de ser consensual e socialmente assumida e compartilhada. Numa sociedade em que direitos diferenciados ainda são compreendidos na chave dos “privilégios” e/ou do perigo (“perigo” de que a conquista de direito de um segmento seja interpretada como perda de direito para outro); [...] a saúde precisa ser compreendida para além dos ditames psicobiomedicalizantes.

Nessa perspectiva, garantir ações específicas para a população LGBTQIA+, reconhecer demandas específicas de saúde, se configura como uma forma de buscar a equidade nas ações ofertadas e nos espaços do SUS, ao contrário do que apontam as/os participantes citados na pesquisa anterior, que consideram uma forma de discriminação. O atendimento igualitário, citado por tais participantes, se configura como uma falácia, na medida em que tal população é atravessada por estigmas, discriminações, violências, que não atravessam as experiências de pessoas cisheteronormativas.

A realidade que vem sendo costurada e explicitada no presente capítulo não se restringe somente ao Brasil. A Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH), em 2015, já apontava para a realidade de violências contra pessoas LGBTI nos serviços de saúde, por meio do relatório Violência contra pessoas Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans e Intersexo nas Américas. O relatório expõe dados de uma pesquisa realizada em 2009, nos Estados Unidos, que informam que cerca de 56% das pessoas lésbicas, gays e bissexuais, e 70% das pessoas trans ou aquelas inconformadas com o gênero, que foram entrevistadas, afirmaram

que tiveram a atenção médica negada ou foram alvo de discriminações e agressões por parte de profissionais da saúde. Organizações da sociedade civil também denunciaram a frequente negação de cuidado ou tratamento de saúde direcionado à população LGBT por conta da orientação sexual, identidade de gênero ou aparência física, que pode se dar pela negação direta ou por encaminhamentos repetidas vezes a outros profissionais médicos.

As narrativas articuladas até o momento, a partir das experiências de Gilberto, Mari, Carolina, Gustavo, Jean, Vanessa e Camila nos apontam para um contexto de diversas expressões da LGBTQIA+fobia na APS, e nos apontam para a urgente necessidade de enfrentamento da mesma. Consideramos que as pessoas entrevistadas nos trazem a vivência do que Silva, Rosa e Gagliotti (2021) chamam de LGBTQIA+fobia institucional: situações de violação dos direitos humanos nas quais pessoas LGBTQIA+ se sintam diminuídas, discriminadas, constrangidas, insultadas, ofendidas, assustadas; ou quando essas pessoas evitam ou deixam de frequentar um determinado ambiente/local por medo de vivenciar situações de discriminação, criando-se uma barreira de acesso à determinadas instituições. Apontam que a violência contra pessoas LGBTQIA+ no sistema de saúde continua a ser um problema, apesar dos esforços empreendidos para combater o preconceito e da visibilidade que o tema vem alcançando.

Ao pensarmos sobre as políticas de saúde que embasam nosso Sistema Único de Saúde, consideramos que tais políticas são elaboradas, executadas e avaliadas por sujeitos que estão inseridos em um País marcadamente cisheteronormativo e LGBTQIA+fóbico, o que significa que o campo da saúde se apresenta como um campo em que tais normas e relações de poder se fazem presentes e podem determinar como as práticas de saúde dirigidas a pessoas LGBTQIA+ são implementadas, logo, a cisheteronormatividade se torna um obstáculo para a assistência à saúde da população LGBTQIA+. Quando Dandara buscou o

posto de saúde para informar-se sobre o processo de transição de gênero, com o uso correto de hormônios, por exemplo, percebeu a falta de interesse do médico que a atendeu:

Recentemente eu fui entrar em contato com o médico, fui perguntar a ele, e ele me passou informação muito básica. Só disse que em São Gonçalo a gente não tem endocrinologista, não tem como ver isso. Que se houver uma necessidade aí tem que ser transferido pra Fortaleza ou Caucaia. Foi uma coisa que mexeu comigo, porque pra mim é uma necessidade. Eu quero passar pelo processo de transição e eu não quero fazer como outras amigas minhas, que simplesmente vão na farmácia, compram o hormônio e tomam. (...) Principalmente agora depois de me ver como travesti, foi mais invalidada mesmo sabe, de não ter uma atenção pra mim, enquanto travesti, do médico querer me encaminhar pra um psicólogo, ou da questão do endócrino, de outras questões voltadas pra minha saúde sexual também, nunca houve uma atenção (Dandara, travesti, bissexual, preta).

Experiências como a vivenciada por Dandara podem contribuir enormemente para que pessoas trans acabem buscando a realização da hormonioterapia por conta própria, trazendo riscos para sua saúde e para sua vida. Nesse sentido, destacamos as pontuações de Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual) que falou sobre a importância de informar corretamente as/os pacientes sobre os serviços disponíveis não somente no município, citando, por exemplo, o SERTRANS (Serviço Ambulatorial Transdisciplinar para Pessoas Transgênero), localizado na cidade de Fortaleza, mas que recebe pacientes de todo o Ceará:

E eu acho que poderia também falar sobre como funciona o SERTRANS, o encaminhamento pro SERTRANS. Pra quem não sabe, só quem faz é o médico, tem todos os dados que o médico precisa colocar, aí tem que explicar pra paciente que a gente fica numa regional, São Gonçalo, que só são duas vagas, se eu não me engano, são duas vagas pra todos os municípios, então é um processo lento, mas que vai chegar. A paciente

tem que ter um pouco de paciência. (...)Eu acho que também se a gente não explicar para o paciente que é um processo demorado, vai causar muita ansiedade, pro paciente a espera.

Nascimento (2021) aponta para o excesso de burocracia e para as violências transfóbicas cotidianas nos serviços de saúde, que fazem com que as pessoas trans busquem a utilização de hormônios sem acompanhamento médico, trazendo, de um lado, risco para sua saúde e do outro, uma tácita resistência. Em contraposição às experiências de desassistência, como a que foi compartilhado por Dandara, Roberta (mulher transexual, hetero, preta) explicou que, ao buscar atendimento com uma médica que estava atuando na UBS, sentiu-se aberta para conversar com a profissional, que foi acolhedora e cuidadosa no atendimento:

Sempre quando eu ia, tinha um médico ou médica diferente, aí você tinha que passar toda sua história de novo, desde o início, então uma médica me perguntou, eu fui falar sobre hormônios e ela disse que não era uma pessoa experiente nessa área da hormonização, foi uma época que eu estava realmente focada na minha terapia hormonal. Aí ela me indicou um hospital que atende apenas pessoas transexuais, travestis, que se chama SERTrans, em Fortaleza, eu me lembro que ela me falou.

Por meio do atendimento realizado pela médica da UBS, Roberta tomou conhecimento da existência do SERTrans, serviço especializado no qual poderia buscar a realização da terapia hormonal. Destacamos a importância de que cada profissional reconheça suas limitações com relação ao suporte e acompanhamento de determinadas questões de saúde, como o que ocorreu no atendimento narrado por Roberta, no qual a profissional relatou não ter experiência nas questões de hormonização. Isso não a impediu, no entanto, de oferecer informações e alternativas para que Roberta não ficasse desassistida. A falta de conhecimento deve ser reconhecida, mas deve agir como impulsionadora para que busquem se capacitar e se qualificar e outras estratégias devem ser buscadas por quem atua na APS, não devendo ser

uma estratégia para que profissionais se isentem da responsabilidade com pacientes, com suas demandas de saúde e com a busca por estratégias que produzam cuidado. Além disso, não basta a existência de um determinado equipamento. Concordamos com Nascimento (2021) quando a autora aponta para a necessidade de as políticas públicas garantam, de fato, acesso a tais procedimentos, pois “Essa ausência também mata, sufoca e compromete a saúde da população transgênera” (2021, p. 91).

Na fala de Dandara, percebemos que suas necessidades e sua identidade de gênero foram invisibilizadas pelo profissional em questão. Broilo e Jesus (2022), por meio de uma revisão de literatura sobre acesso e permanência de pessoas trans no SUS, destacam as dificuldades encontradas, seja com relação à integralidade e equidade de serviços e ações, seja no acolhimento e na humanização dos atendimentos. Considerando que as políticas de saúde são construídas com base na heterossexualidade compulsória e reprodutiva, pessoas trans e travestis são empurradas para uma política de diferentes e anormais. Não podemos associar a saúde de pessoas trans e travestis somente às cirurgias de neovulvovaginoplastia ou faloplastia ou à hormonioterapia, por exemplo, entretanto, não podemos invisibilizar a importância de tais procedimentos para inúmeras pessoas trans, como Dandara. A fala da participante põe em xeque princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade e equidade, nos quais o sistema de saúde deveria se basear. Outro ponto diz respeito ao que foi abordado por Janaína (enfermeira, mulher cisgênero, lésbica) quando destacou a forma de organização da APS a partir de programas específicos:

Apesar do acesso à informação que está aí à disposição, mas é como eu disse, a sensação que dá é que às vezes a gente não prioriza (a saúde de pessoas LGBTQIA+) em detrimento aos programas que a gente precisa cumprir todo dia ali, bater metas, bater metas de números. E a gente está perdendo, talvez, essa oportunidade de atender essas pessoas com a necessidade dela.

Assim, alinhada à LGBTQIA+fobia que atravessa as práticas de saúde, a profissional reconhece que a priorização a determinados programas pode estar atrelada à baixa atenção que se dá a outras questões de saúde, como as demandas de pessoas LGBTQIA+ que não estejam enquadradas nos programas existentes e, portanto, não estariam relacionadas às metas necessárias a serem atingidas pelos profissionais. Isso nos alerta para a forma a partir da qual o serviço e o cuidado ofertado por profissionais na APS estão sendo organizados e levanta questões sobre como, em meio aos programas existentes e necessários, outras demandas de saúde podem receber a necessária atenção por parte desses profissionais.

Dessa forma, o acesso à saúde que, como apresentado, deveria operar como um Direito Humano fundamental e universal também fica comprometido. É preciso *transformar o cis*-tema, na busca por ampliar o acesso e a permanência da população trans e travesti aos serviços de saúde (Broilo & Jesus, 2022, p. 118)

Refletimos sobre a invisibilização ser uma experiência que aparece repetida vezes nas narrativas de outras/os participantes, tanto no que diz respeito à invisibilização de questões de saúde, quanto à própria orientação sexual ou da identidade de gênero. Alan nos aponta para a invisibilização de orientações sexuais dissidentes, por meio da pressuposição de uma heterossexualidade à qual todos os sujeitos estariam adequados:

- Só quando tem formulários a ser preenchidos que tem esse questionamento (sobre a orientação sexual) assim, em diálogos diretamente não. (...)
- Você sentiu que era necessário falar sobre sua orientação sexual?
- Sim, porque ao abrir esse, ao abordar isso, eles poderiam ter um atendimento mais específico pra mim, certo? E muitas vezes era necessário, né, porque todo mundo sempre presume que todo mundo é hetero né? Ah, você tem namorada? Né? Então eu tinha que falar: namorado! (Diálogo entre Livia e Alan, homem cisgênero, gay, pardo)

Consideramos que a heteronormatividade produz a subalternização de outras formas de expressão sexual, dentro de um sistema regulatório que pune o que difere e considera que esse diferente não pode existir. É essa mesma heteronormatividade que age produzindo a pressuposição, por parte de profissionais de saúde, de uma orientação sexual dentro da norma. Camila (médica, mulher cisgênero, bissexual) destaca a presunção de uma heterossexualidade comum a todas/os as/os pacientes como mais uma forma de violência: “Presumir que uma mulher necessariamente tem relação com um homem... que é uma mulher hétero, né? (...) Isso é um tipo de violência, a pessoa se sente violentada, mas muitas vezes as pessoas não se atentam pra isso”. Tal pressuposição de uma heterossexualidade comum a todos os sujeitos se articula:

às relações de poder/saber/verdade que constroem inteligibilidades a respeito dos corpos e sexualidades. Por força do instituído cultural, somos levados a conceber algumas formas de vida como mais aceitáveis que outras, dentre elas a heterossexualidade como um padrão a ser seguido em relação às sexualidades possíveis. Esse padrão constitui o que entendemos por heteronormatividade (Moscheta, Fébole & Anzolin, 2016, p. 73).

Alan e Dandara consideram que questões sobre a sexualidade deveriam ser levadas em conta pelas/os profissionais de saúde durante o atendimento na APS, trazendo a importância da pergunta sobre a orientação sexual durante os atendimentos, como referido abaixo na fala de Dandara:

Questão de fazer algum teste de algum tipo de IST ou algum questionamento sobre minha vida sexual, se ela é ativa, se não é, se eu faço sexo com frequência ou não, nunca houve esse tipo de questionamento que pra mim é algo a ser questionado, algo muito importante dentro da nossa comunidade, principalmente quando você tem

travestis que tem a prostituição enquanto solução de vida (Dandara, travesti, bissexual, preta).

Janaína (enfermeira, mulher cisgênero, lésbica) destacou em sua narrativa a importância de que profissionais perguntem sobre a orientação sexual de pacientes, assim como as pessoas entrevistadas:

E aí essa pergunta é muito importante, porque às vezes é a primeira vez que essa mulher está acessando o serviço com você, e aí você não pergunta, porque ela não falou, “ ah, eu acho que não cabe”, e não pergunta. (...) Isso pode ser que crie uma barreira com aquela mulher. Ela não volta nem para mostrar o resultado do exame que você passou. Se uma não apareceu, de repente você já criou uma barreira por não conhecê-la. E falando de São Gonçalo, lógico, dependendo da região, tem regiões que tem mais estigma sobre isso. Muitas vezes aquela pessoa não tem esse acesso de conversa com a família, com a comunidade, então ela vai pra unidade de saúde e de repente não encontra também esse espaço de abertura, e aí eu oferto pra ela a prevenção da gravidez, aí já criou uma barreira. Então, eu, como profissional da assistência, eu arriscaria o constrangimento da pergunta em detrimento de criar uma barreira com essa usuária de saúde, por ter a oportunidade de criar um vínculo com ela e ela ter a unidade com a enfermeira como suporte para as demandas dela.

Carvalho e Menezes apontam que a pressuposição da heterossexualidade nos atendimentos produz anamneses equivocadas e, muitas vezes, violentas, pois desconsideram as experiências desses sujeitos, trazendo um lembrete de que, para serem ouvidos, incluídos, atendidos de forma atenta, devem estar adequados à cisheteronorma. A ausência da pergunta sobre a orientação sexual gera invisibilização sobre as experiências dessas pessoas, pois conhecer a orientação sexual e levá-la em conta nos atendimentos e projetos terapêuticos produziria um atendimento mais atencioso e adequado, sendo uma forma de aniquilação, um

lembrete sobre quais corpos podem habitar esses espaços e quais vidas são dignas de serem vividas.

A fala de Dandara também aponta para a realidade que atravessa a vida de muitas travestis: a necessidade de recorrer à prostituição, diante das inúmeras exclusões sociais que são vivenciadas, como a exclusão escolar e do mercado de trabalho. Na medida em que a identidade de gênero e a orientação sexual são invisibilizadas no atendimento, esses aspectos que atravessam as existências de pessoas travestis e que deveriam receber atenção e cuidado por parte de profissionais da saúde, acabam sendo deixados de lado, o que vulnerabiliza ainda mais essas pessoas.

Carolina, mulher cisgênero, lésbica e branca, também afirma que sua orientação sexual foi invisibilizada nos atendimentos: “- No caso, você que decidiu falar que é lésbica, ela não te perguntou?; - Não.; - Em algum outro atendimento algum profissional perguntou tua orientação sexual?; - Não, eles nunca perguntam”.

Mulheres lésbicas existem? Se nunca se questiona sobre a orientação sexual de uma mulher, entende-se que, para essas/es profissionais, essas mulheres não existem. Ou torna-se mais simples fingir que não existem, pois, quem sabe assim, deixem mesmo de existir, enclausuradas nas margens das normas das quais não fazem parte. A suposição da heterossexualidade inata que seria pertencente à maioria das mulheres produz um apagamento da existência de mulheres lésbicas, que, quando catalogadas, aparecem como algo patológico ou algo excepcional, um ponto fora da curva, vistas ora como desviantes, ora como odiosas, ora como invisíveis (Rich, 2010).

No estudo desenvolvido por Ferreira, Pedrosa e Nascimento (2018), os atendimentos ginecológicos destinados a mulheres lésbicas recebem destaque, pois afirmam haver fragilidade na assistência ofertada nesses atendimentos, uma vez que o tema lesbianidade é colocado à margem durante todo o processo saúde-doença-cuidado de mulheres lésbicas ou

bissexuais. A invisibilização da sexualidade dessas mulheres, muitas vezes oriunda da pressuposição de uma heterossexualidade, baseia-se em modelos normativos que organizam as práticas de saúde, a partir dos quais o atendimento ginecológico deve ser orientado a uma mulher, heterossexual, que realiza a atividade sexual com fins reprodutivos. Temos, portanto, uma atenção que se mantém centralizada na lógica biologicista, que invisibiliza questões relativas à orientação sexual, como as lesbianidades e bissexualidades, reforçando padrões heteronormativos nos atendimentos em saúde (Ferreira, Pedrosa & Nascimento, 2018). Nas entrevistas como Mari e Mônica, respectivamente lésbica e bissexual, ambas também referem que as/os profissionais não perguntam sobre suas orientações sexuais nos atendimentos na APS. No caso de Mônica, ela explicou que já foi questionada sobre manter relações sexuais, percebendo a pressuposição de que era uma mulher heterossexual.

Marques e Mattos (2020) destacam que a invisibilização da diversidade sexual de mulheres se relaciona à visão de um sujeito mulher universal, que produz impedimentos para que as especificidades e multiplicidades das mulheres recebam atenção no campo da saúde. Considera-se como universal a mulher cisgênera, branca, heterossexual. Assim, não há espaço e atenção para mulheres que estão às margens dessas normas, como mulheres cisgênero bissexuais e lésbicas. As autoras trazem o termo “dispositivo da heterossexualidade” (2020, p. 63) para pensar o apagamento da diversidade sexual de mulheres cisgênero:

A noção de dispositivo de heterossexualidade como forma de evidenciar o propósito de regulação da sexualidade de mulheres, circunscrita a uma heterossexualidade pretensamente majoritária, que institui um modelo que a pressupõe como “natural”, coerente e superior as demais sexualidades (p. 66).

O apagamento aparece como uma das estratégias do referido dispositivo, tanto no campo da saúde, como em outros âmbitos sociais, produzindo, por parte de profissionais da saúde, a invisibilidade de mulheres lésbicas ou bissexuais nos serviços. Na medida em que

não se pergunta sobre a orientação sexual, como referido por Carolina, Mari e Mônica, não se considera aquela experiência como possível. Produz-se silenciamento, apagamento, mantendo o funcionamento das práticas de saúde a partir da mesma matriz de inteligibilidade quase nunca questionada: “são apagadas, ignoradas, colocadas no lugar da exceção, da doença, da anormalidade, do desvio ou da inexistência. Enfim, ficam subsumidas no campo de saúde para mulheres. E sem espaço para dizer sobre si, fica muito mais difícil existir” (Marques e Mattos, 2020, p. 67).

Mas o que acontece quando se afirma uma orientação sexual dissidente? Carolina compartilhou a percepção de que, ao expor sua orientação sexual em um dos atendimentos realizados no posto de saúde, percebeu a nítida mudança de comportamento por parte da profissional, que ficou monossilábica e pouco interativa:

- Eu disse: não, vou aqui falar. E eu percebo que muda. Enquanto eu não tinha falado sobre isso, era um atendimento. A partir do momento que eu falei... sabe?
- O que tu percebeu que mudou?
- A pessoa ficou monossilábica. Sabe, falando comigo coisas básicas que ela lia no papel, perguntava, olhava e anotava, pronto. Perdeu a simpatia, aquela educação, e aí você já fica, não vou voltar mais aqui, prefiro pagar mais caro no particular e não ter que passar por esse desconforto (Entrevista com Carolina, mulher cis, lésbica, branca).

Segundo Moscheta, Fébole e Anzolin (2016), quando gays, bissexuais, lésbicas afirmam sua sexualidade, colocam diante das/os profissionais de saúde a necessidade de corrigir uma dissonância dentro daquele sistema de inteligibilidade a partir do qual são guiadas/os. O momento do atendimento se configura, portanto, como tensionamento e ameaça de rompimento ao sistema de crenças e de normas. Então, quando esse sistema se vê tensionado pela surpresa da afirmação de uma orientação sexual dissidente, que rompe com a matriz de inteligibilidade, como reage? A partir das falas compartilhadas pelas pessoas

entrevistadas, concordamos com Moscheta *et al.* (2016), ao afirmarem que a força regulatória do gênero é convocada, agindo sem sutileza e sem os disfarces cotidianos e cordiais, produzindo sobre esses sujeitos diversas formas de LGBTQIA+fobia, como a mudança de comportamento por parte da profissional, a perda do interesse pela saúde daquela/e paciente, a estigmatização com relação ao HIV/Aids, e assim por diante.

Diante do acionamento de práticas discriminatórias por parte de profissionais da APS após a explicitação da orientação sexual dissidente, as narrativas das pessoas participantes da pesquisa trouxeram o movimento de ocultar a orientação sexual nos atendimentos pelo receio de possíveis discriminações, havendo um direcionamento desses sujeitos para a invisibilização de suas orientações sexuais como forma de proteção diante da LGBTQIA+fobia institucional. Continuando com a narrativa de Carolina, ela explicou que a partir da experiência com a enfermeira, decidiu não expor sua orientação ao médico que iria lhe atender em seguida:

- Você chegou a ir pro atendimento médico depois?
- Sim
- E você falou novamente que era lésbica?
- Eu já preferi não expor, pra justamente não perder de certa forma o atendimento médico. Já vinha vivenciando aquilo ali, ela mudou comigo a partir do momento que eu disse isso, mudou o atendimento, então eu preferi não falar mais pra não prejudicar o atendimento (Entrevista com Carolina, mulher cis, lésbica, branca).

Valadão e Gomes (2011), a partir de uma revisão bibliográfica em diferentes fontes científicas, constata que a violência parece recorrente entre as experiências de mulheres lésbicas e bissexuais nos atendimentos no campo da saúde, o que se articula às tentativas de não serem vistas como lésbicas, ou seja, de invisibilizar a própria orientação sexual, ou escolher em quais contextos expor. Tal situação, referem, contribui para a invisibilização e a

negação da homossexualidade feminina no campo da saúde, e para a vulnerabilização dessas mulheres. Consideramos que a decisão apontada por Carolina, de não falar sobre sua orientação sexual no atendimento médico, após perceber a mudança de comportamento da enfermeira, no atendimento anterior, se constitui como uma tentativa de invisibilizar/encobrir a própria orientação sexual, por conta da discriminação à qual foi submetida.

Durante a realização da capacitação, uma das profissionais relatou que acompanhava uma paciente e percebia que a mesma buscava ocultar sua orientação sexual:

Marcou muito nesses três anos de São Gonçalo, uma paciente que eu atendi, lá na (nome da UBS ocultado), e ela falava... E ela falava “companheiro”, né? Companheiro direto. E aí, teve uma hora que ela falou “companheira”. Aí, eu perguntava assim, “e você e sua companheira? Quando vão jantar...” Para ver se ela se sentia mais à vontade. E aí eu fixei a paciente, no retorno, ela voltava e não falava “companheira”. Ela falava companheiro. Como é que eu faço o usuário se sentir à vontade dentro do atendimento? Esse acolhimento, assim, ele é necessário, mas ele é um desafio enorme pra gente (Angélica, nutricionista, mulher cisgênero, heterossexual).

A fala da profissional nos coloca diante de uma paciente que, por algum motivo, preferia não se referir à sua companheira no feminino, tendo feito isso apenas uma vez, talvez por descuido, e pode estar relacionado ao receio discutido anteriormente, de que, após a exposição da orientação sexual, haja alguma violência durante o atendimento. A invisibilização, portanto, pode se dar por parte das/dos profissionais, ao não considerarem a possibilidade de uma orientação sexual diferente da heterossexualidade, ou por parte dessas mulheres, diante do receio de serem alvo de lesbofobia/bifobia. Como refere Almeida (2009), o atendimento acaba por ocorrer de forma camuflada, e as informações podem ser negligenciadas bilateralmente, diante da falta de um ambiente propício às questões demandadas por mulheres lésbicas (e bissexuais) no campo da saúde. Esse contexto acirra a

vulnerabilidade e impede uma assistência integral e de qualidade a essas mulheres. Valadão e Gomes (2011) consideram que a invisibilidade da homossexualidade feminina se configura como uma violência simbólica:

A opressão como forma de ‘invisibilização’ traduz uma recusa à existência legítima, pública, isto é, conhecida e reconhecida, sobretudo pelo Direito, e por uma estigmatização que só aparece de forma realmente declarada quando o movimento reivindica a visibilidade (Bordieu, 1999, pp. 143-144 citado por Valadão e Gomes, 2011, p. 1462).

Concordamos com Barbosa e Facchini (2009), quando os autores trazem que a realidade dos serviços de saúde se configura como uma realidade de discriminação, articulando também a discriminação à falta de qualificação e o preconceito de profissionais que atuam nesses espaços. Portanto, tanto as representações e as experiências negativas dessas mulheres nos serviços de saúde, como as representações de profissionais sobre gênero e sexualidade, produzem para mulheres lésbicas e bissexuais dificuldades em acessar e permanecer nos espaços da saúde, prejudicando a integralidade e a equidade em ações e serviços.

Durante as entrevistas, a experiência de ocultar a própria orientação sexual também foi destacada por outros participantes, como Gilberto, homem cisgênero, gay e pardo, que trouxe: “Eu prefiro não falar, pra não, pra ele não perder a importância, a motivação de me consultar. (...) Eu já vou com a ideia de não vou falar, por medo de ser mal atendido”. A presunção de uma heterossexualidade, que invisibiliza as sexualidades dissidentes, junto à fragilidade dos vínculos entre usuárias/os e a/o profissional de saúde, podem estar relacionadas a não revelação da orientação sexual na consulta, como referem Carvalho e Menezes (2021):

(...) em virtude da presunção da heterossexualidade como norma, assim quando gays, lésbicas ou bissexuais entram em um estabelecimento comercial, por exemplo,

pressupõe-se que elas e/ou eles sejam heterossexuais. Há ainda os casos nos quais o retorno ao armário se configura como um mecanismo de autoproteção contra potenciais situações de violência, principalmente no espaço público (p. 27).

Nessa direção, um dos dentistas presentes na capacitação apontou trouxe sua percepção sobre o movimento de alguns pacientes de ocultar a orientação sexual: “Quando a pessoa se abre... ela se sente fragilizada, ela pode pensar assim, o profissional pode comentar com alguém. Ou ela pode se sentir vulnerável porque ela pensa “se falar que sou gay, isso pode gerar um problema pra mim” (Miguel, dentista, homem cisgênero, gay). Refletimos com Menezes e Martinhão (2018), que citam Butler (2015) quando a autora afirma que uma vida não narrável é uma vida invivível, para intuirmos que as condições de promoção de saúde na vida de pessoas LGBTQIA+ são repetidamente deterioradas por inúmeros mecanismos de silenciamento e exclusão: “Nós LGBTI+ somos, assim, constantemente tolhidas das possibilidades de relatarmos nossas experiências, a não ser sob o julgo explícito ou implícito do interrogatório e da confissão” (p. 10).

Durante a capacitação realizada com as/os profissionais que atuam na APS, uma das enfermeiras referiu:

Quando eu trabalhava no posto, estava na assistência, eu pouco percebia a procura deles (pessoas LGBTQIA+) em atendimento. Um, dois, no máximo três que já tinham certa amizade com os profissionais do posto, que tinham mais essa espontaneidade de IR até nós perguntar alguma coisa, atrás de preservativos, por exemplo. Mas, assim, bem pontual.

A fala de Diana traz para o debate a questão da pouca procura de pessoas LGBTQIA+ pelas UBS do município. Tal questão pode ser abordada através de distintas perspectivas: essas pessoas podem, de fato, estar distantes de suas UBS, o que pode se relacionar às

vivências aqui relatadas de falta de acolhimento e experiências de discriminação, por exemplo, assim como a percepção da profissional pode estar relacionada à invisibilização das orientações sexuais dessas pessoas, uma vez que indicam preferir, muitas vezes, não expor suas orientações por medo de vivenciar preconceitos, por mudanças no comportamento de profissionais das UBS, e também pela ausência de questionamento sobre suas orientações sexuais. Assim, pessoas LGBTQIA+ estariam nos espaços, mas não seriam reconhecidas como tal, pelos diversos mecanismos acima citados.

Tanto por meio da invisibilização dessa população, que é lida sistematicamente como heterossexual, como por meio das práticas que visibilizam, por meio das quais essas pessoas são expostas a constrangimentos, são produzidas violências constantes no âmbito da APS.

Assim, temos dois problemas: o problema do preconceito, das pessoas verem alguém diferente e simplesmente tratarem ela mal, não convidam para entrar, fazem coisas que motivam a pessoa a querer se afastar; e o problema da invisibilidade, vemos uma mulher que entra e não podemos imaginar que ela é uma mulher lésbica, imaginamos que é uma mulher hétero, que, então, as questões dela são questões de saúde reprodutiva. Temos essa dupla coisa: uma é você ver, você estigmatizar; outra é você não ver, você não pensa em perguntar, porque você não pode imaginar que as pessoas sejam diferentes do ‘normal’ (Parker, 2019, p. 631).

As práticas que vêm sendo colocadas em movimento nos serviços de saúde da atenção primária, como a falta de acolhimento, a invisibilização desses sujeitos e de suas demandas, orientações sexuais e identidades de gênero, nos colocam diante da precarização dessas vidas. A noção de precariedade (Butler, 2015) nos ajuda a compreender essas experiências, pois, segundo a autora, a precariedade é uma marca de nossas vidas, não se refere a ausência de sinais vitais/ausência de vida em si, mas às condições que tornam um corpo reconhecível como vida digna de ser vivida, ou tornam uma vida menos possível/impossível. A autora se

refere a normas, políticas e organizações que se articulam para maximizar a precariedade de certas vidas e minimizar a precariedade de outras. Assim, quando a APS aparece enquanto um lugar de difícil acesso e permanência para pessoas LGBTQIA+, além de ser um local no qual essas pessoas se sentem pouco acolhidas, escutadas, e visibilizadas, compreendemos que as práticas de saúde vêm sendo reprodutoras da precarização das vidas de pessoas LGBTQIA+, desconsiderando esses sujeitos e suas vidas como dignas de serem vividas, tornando suas existências impossíveis, impedindo o acesso ao direito básico de receber atenção à saúde naquela que se configura como a principal porta de entrada do SUS.

Em nossa sociedade, o reconhecimento do sujeito se dá mediante normas; estas normas são não deterministas, se transformam, se atravessam, são interrompidas por outras, de acordo com as relações de poder que constituem as relações sociais. A partir dessas normas constitutivas, certos sujeitos não são reconhecidos enquanto tal, certas vidas não são reconhecidas como vidas (Butler, 2015). Assim, ao considerarmos a cisheteronorma, entendemos que sujeitos que estão à margem, com identidades de gênero e orientações sexuais que não se adequam ao padrão imposto, se tornam precarizados, não reconhecidos enquanto sujeitos dignos de terem uma vida vivível. Não podemos perder de vista, também, que a precarização dessas vidas e a seletividade que se produz em espaços da APS, como os postos de saúde, se constitui por vias interseccionais, a partir de marcadores como raça, gênero, sexualidade, classe, articulações que serão abordadas mais adiante no presente capítulo. O regime de precarização dessas vidas se atualiza através de práticas de saúde desinteressadas, de um ambiente hostil a esses sujeitos, no qual essas pessoas se sentem frequentemente discriminadas e postas à margem. Para Butler (2015, p. 53), portanto:

A condição compartilhada de precariedade conduz não ao reconhecimento recíproco, mas sim a uma exploração específica de populações-alvo, de vidas que não são exatamente vidas, que são consideradas ‘destrutíveis’ e ‘não passíveis de luto’. Essas

populações são “perdíveis”, ou podem ser sacrificadas, precisamente porque foram enquadradas como já tendo sido perdidas ou sacrificadas; são consideradas como ameaças à vida humana como a conhecemos, e não como populações vivas que necessitam de proteção contra a violência ilegítima do Estado (...).

Aqui, nos apropriamos do conceito de Necropolítica, de Mbembe (2017), que fala sobre o poder de ditar *quem deve viver e quem deve morrer*, se tratando, portanto, de um poder que age e determina a vida e a morte, por meio da retirada do status político de certos sujeitos. Silva, Barros, Nunes e Benício (2022, p. 1624) trazem uma discussão sobre “uma política de morte genderizada (quando o gênero é um recorte social de vulnerabilização)”, a partir do qual podemos discutir sobre as violências direcionadas ao segmento LGBTQIAP+, inclusive no âmbito da saúde, pensando estratégias de deixar morrer e fazer viver que são marcadas por recortes de gênero e sexualidade. Nos interessa pensar sobre como, por meio dessa necropolítica genderizada, profissionais da saúde designam certos corpos como invisíveis, desimportantes, marginalizáveis, produzindo, portanto, uma política de morte direcionada a eles, deteriorando o direito básico à saúde que deveria ser garantido a esses sujeitos, e que se articula à deterioração da própria vida.

Assim, temos a delimitação de corpos que podem ser alvo de atenção, cuidado, assistência, acolhimento, escuta, enquanto outros, considerados como invivíveis, tornam-se abjetos, por não se conformarem à cisheteronorma. A partir das reflexões de Silva, Barros, Nunes e Benício (2022), que trazem considerações sobre a ética do passante, de Mbembe (2017), que diz respeito ao projeto de transitar pelo mundo, numa relação de solidariedade e desprendimento, de presença e diferença, mas nunca de indiferença, refletimos sobre de que modo corpos de pessoas LGBTQIA+ sem sido proibidos de se fazer presentes nos espaços que constituem a APS, “por colapsarem um corpo-cidade cis, hétero e branco que exercita poder por meio de uma violência colonial constante que segrega corpos e espaços” (Silva *et*

al., 2022, p. 1636). Nesses contextos, temos sujeitos historicamente invisibilizados ou hipervisibilizados através de práticas estigmatizantes e patologizantes. Por qual motivo haveria de ser direcionado a esses corpos acolhimento? Por qual motivo olhar para essas vidas como vidas dignas de atenção? As diversas faces da LGBTQIA+fobia experienciada por esses sujeitos na APS nos indicam a precarização de suas vidas e a produção de micro aniquilamentos diários. Essas vidas não são vistas como dignas de proteção, de amparo, de preservação, logo, não são passíveis de luto (Butler, 2015).

Duarte (2020) afirma, que a precariedade se apresenta como uma política de Estado, direcionada a grupos populacionais descartáveis, tais como a população LGBTQIA+:

Assim, é que LGBTQI+ em geral, mas em particular, as bichas femininas, as sapatões masculinas, as pessoas não-binárias, travestis e transexuais, são cada vez mais inseridas nas relações precárias de trabalho, embaireiradas nos serviços de saúde, excluídas das escolas, expulsas de casa etc., em virtude da discriminação, preconceito e inconformidade face aos padrões hegemônicos binários impostos pelas normas socialmente estabelecidas para os gêneros e sexualidades (p. 3).

As diversas expressões da LGBTQIA+fobia vivenciadas na APS por sujeitos LGBTQIA+ nos apontam determinadas políticas de subjetivação em jogo nesse cenário, a partir de uma racionalidade que segrega e estigmatiza pessoas que se encontram às margens das normas de gênero e sexualidade. Diante desse cenário, nos perguntamos sobre quais desafios se colocam à Psicologia, inclusive por termos profissionais inseridas/os em muitos espaços da APS, como nas UBS. Consideramos que o contexto apontado pelas/os participantes nos deixa diante do desafio de criar ou potencializar, por meio das práticas profissionais e de nossas pesquisas, caminhos para problematizar a produção de corpos LGBTQIA+ como corpos indignos de atenção, marginalizáveis, aos quais devem ser direcionadas violências, patologizações e invisibilizações; da mesma forma, devemos pôr em

análise e tensionamento as normas de gênero e sexualidade que legitimam a precarização dessas vidas e que, por muito tempo, foram validadas por uma Psicologia patologizadora e violenta. As diversas situações de LGBTQIA+fobia experienciadas por esses sujeitos na APS não devem ser vistas como eventos isolados, existentes apenas no âmbito da saúde, e sim como eventos que constituem uma complexa rede de violências direcionadas a esses corpos, que atravessa relações familiares, sociais e institucionais, produzindo, constantemente, processos psicossociais de vulnerabilização desses corpos. Concordamos com Barros, Benício e Bicalho (2019), quando apontam a urgência de que a Psicologia se volte para esses circuitos de violência como problemáticas transversais, tensionando os vetores de sujeição, culpabilização, segregação e silenciamento direcionados a esses corpos precarizados. Os autores destacam que esse direcionamento da Psicologia tem uma importante significação ética e política, pois o silenciamento de certas populações “funciona como forma de negação sistemática do outro e de sua humanidade” (p. 39). Pensamos, a partir da noção de precariedade de Butler, no caminho de produção de vidas que importam, como trazem Barros *et al*:

Faz-se necessário investir numa noção de humanidade e, logo, de direitos humanos, em que caibam e importem todos e todas nós, e não só certos humanos, o que implica desmontar maquinarias de produção de subjetividades truculentas e alterofóbicas (...) Em um contexto necropolítico de produção massificada e espetacularizada de mortes de corpos invivíveis, perversamente (in)visíveis e não enlutáveis, o que pode ser posto em questão, no âmbito das pesquisas e práticas profissionais em Psicologia, em aliança com corpos que lutam pela viabilização de vidas vivíveis, são as possibilidades de mudança dos próprios termos da condição de ser reconhecido/a e a construção de condições mais igualitárias e democráticas de reconhecimento e compartilhamento da precariedade que constitui a todos e todas nós (pp. 40-41).

Apontamos para a urgência de que a APS seja fortalecida enquanto Porta de Entrada que garanta a equidade no acesso e o acolhimento como estratégia fundamental na atenção ofertada às pessoas LGBTQIA+, por meio de ações e estratégias que garantam um atendimento livre de discriminações, atuando na direção contrária à precarização dessas vidas e à vulnerabilização de suas existências.

Estigmatização da população LGBTQIA+ na APS: “Cara, só gay pega? Eu sempre me questionei isso. Só gay pega HIV e outros tipos de doenças?”

Durante as entrevistas realizadas para a pesquisa, uma das experiências relatadas por diversas/os participantes diz respeito a associação entre pessoas LGBTQIA+ e infecções sexualmente transmissíveis (IST's), como o HIV, nos espaços da APS. Tal associação, como a referida nas falas abaixo, nos indica a persistente produção de estigmas sobre essa população, mesmo com os avanços nos debates sobre o HIV e a Aids, assim como na prevenção e no tratamento.

Ah, já me aconteceu de eu ter que fazer teste de IST no posto de saúde e a enfermeira já me julgar de primeira, entendeu? Falar que eu tinha isso, isso e isso porque eu estava apresentando alguns sintomas, e após o teste eu não ter nada, ter tudo negativo, ter sido outra coisa que não tem nada a ver com aquilo. Foi nítido, sabe? A questão dela ver que eu era gay e ela já achar por isso, que eu teria alguma IST (Gustavo, homem cisgênero, gay, branco).

Os estigmas relacionados ao HIV e à Aids estão estritamente relacionados aos estigmas da sexualidade. Isso ocorre, pois a principal forma de transmissão do HIV se dá pela relação sexual sem proteção, e no início da pandemia o vírus afetou de forma intensa grupos que tinham suas práticas sexuais ou identidades sexuais lidas como fora da norma, ou seja,

fora da cisheteronormatividade. Assim, o estigma existente com relação a pessoas que fugiam à cisheteronormatividade se associou ao estigma que recai sobre o HIV/Aids (Parker & Aggleton, 2002).

Você logo é... por exemplo, se você está com alguma suspeita, às vezes nem é uma IST, mas a primeira coisa que eles perguntam pra você é: Ah, você transa com homens? E se você fala: Sim... Aí já vem: Então pode ser isso, pode ser aquilo. Eles nem... Uma vez eu fui no médico pra relatar uma lesão e ele nem perguntou se eu tinha parceiro fixo ou não, se eu usava camisinha, ele já foi dizendo: é, como você é gay, normalmente esse tipo de doença é mais ligado a sua comunidade (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo).

Segundo Caponi (2012, como citado em Guimarães, Lorenzo & Mendonça, 2020), a estigmatização dessa população teve início através da ordem médica, que classificava pessoas LGBT, desde o século XVIII, dentro de um espectro de desvio de conduta e de patologias mentais, provocando internações compulsórias em manicômios, por exemplo. A ideia ainda atual de “grupo de risco”, por exemplo, contribui para a discriminação e estigmatização dessa população. Goffman (1891) refere que o estigma pode ser compreendido como um atributo depreciativo sobre alguém, mas que diz respeito a uma linguagem de relações, e não de atributos em si mesmos, pois um atributo que estigmatiza um sujeito coloca outro em posição de normalidade. Os sujeitos estigmatizados são colocados de forma inferior nas relações com os ditos “normais”, e outros atributos passam a ser invisibilizados nessas relações. Entre os possíveis tipos de estigmas, o autor menciona três: as abominações do corpo (deformidades físicas); as culpas de caráter individual (aqui ele insere o homossexualismo [com o sufixo que remete à doença – ismo, utilizado pelo autor]); e os estigmas de raça, nação e religião.

As pessoas ditas “normais” acreditam, segundo o autor, que aquelas/es estigmatizadas/os não são completamente humanos. Passam a estabelecer diversas

discriminações direcionadas às/aos estigmatizadas/os, através das quais reduzem suas chances de vida. Ao refletirmos sobre as narrativas expostas pelas/os participantes, consideramos que na APS ocorre, repetidamente, a estigmatização de pessoas LGBTQIA+. São direcionados para essas pessoas atributos que os inferiorizam, como a noção de “grupo de risco” relacionado às IST’s: “Eu acredito que a homens gays, por esse estigma de ser grupo de risco, que é uma coisa que ainda é reproduzida, acredito que homens gays tenham mais esse estigma” (Alan, homem cisgênero, gay, pardo). No caso da presente pesquisa, os atendimentos realizados na APS se configuram como “contatos mistos”, momentos nos quais “normais” e estigmatizadas/os estão na mesma situação social; Em ocasiões como essas, ambos podem buscar evitar o encontro, esquematizando a vida de forma que não se encontrem, o que traz maiores impactos às/aos estigmatizadas/dos (Goffman, 1891). Compreende-se, portanto, que essas pessoas, ao se perceberem como alvo de estigmas por parte das/os profissionais de saúde, podem passar a adotar a atitude de esquivas desses locais, se ausentando dos postos de saúde, por exemplo, visando a diminuição de situações de constrangimento e de violências. Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra) afirma:

Sempre vai ter aquele tabu, principalmente a questão de também fazer o teste, né? O exame de HIV. Também tem aquele medo. Tanto que eles (homens gays) se submetem a ir em outros municípios, em outros lugares por causa desse medo, porque rola.

Dessa forma, as UBS passam a funcionar, para pessoas LGBTQIA+, como lugares nos quais não desejam estar. A estigmatização também é apontada por profissionais das UBS. Janaína (enfermeira, mulher cisgênero, lésbica, branca) relatou que, pouco antes da realização do momento coletivo da pesquisa, sobre saúde da população LGBTQIA+, havia sido realizada uma capacitação no município sobre prevenção às IST’s, relatando que teve receio de que as/os profissionais fizessem uma correlação entre os dois momentos:

E assim, pensando aí a questão do estigma dos homens gays, né, relacionado ao HIV foi até uma preocupação, não sei se a gente chegou a falar contigo, mas eu e a (...), a gente comentou assim “Vixe, recentemente teve uma capacitação dos médicos, aí (sobre IST’s). Aí logo em seguida a gente vai falar sobre esse assunto (saúde da população LGBTQIA+), espero que as pessoas não liguem uma coisa com a outra, né”. E assim, apesar da gente achar, não sei, que está evoluindo... Parece que já vivi esse momento. Em 2013, a gente teve um momento muito parecido com esse aqui em São Gonçalo, até com a (cita profissional responsável pelo Serviço de Atendimento Especializado - SAE, que acompanha pacientes com HIV e Aids no município). E a sensação que dá é estar discutindo os mesmos assuntos 11 anos depois.

Segundo a classificação de Goffman (1891) sobre lugares sociais, esses espaços podem se configurar como 1) lugares inóspitos ou inacessíveis por interdição declarada (loais onde a pessoa estigmatizada precisa esconder ou disfarçar sua marca, no caso das pessoas entrevistadas, a orientação sexual e/ou identidade de gênero); 2) lugares públicos nos quais passa a haver tratamentos sociais distintos direcionados às pessoas estigmatizadas, disfarçado de cuidado no atendimento. Gilberto (homem cisgênero, gay, branco) cita uma situação na qual a solicitação da inclusão do exame de HIV fez com que o médico, automaticamente, considerasse sua homossexualidade:

Eu fui pedir uma bateria de exames, aí olha como é interessante, ele pediu um monte de exames e não pediu HIV, na época que chamava DSTs. Aí eu fui e perguntei: doutor, pode passar HIV e DSTs? Aí ele: por quê? Você é homossexual? Aí eu disse sou! Ai ele: ah pois é bom fazer mesmo.

Parker (2019) considera que apesar da globalização da sexualidade e da velocidade da era digital terem ampliado e transformado as identidades LGBT, o sistema de desigualdade, discriminação e formação de estigmas sobre esses sujeitos não acompanhou essas

transformações, o que se reflete na produção das referidas estigmatizações no campo da saúde. O autor considera, inclusive, que essa estigmatização pode gerar, para alguns sujeitos homossexuais, uma tendência a “não sair do armário onde estava”, ou seja, não expor a orientação sexual, mantendo-a no já citado armário, como forma de evitar a associação ao HIV e a outras IST's. A associação entre pessoas LGBTQIA+ e infecções sexualmente transmissíveis, mais especificamente HIV/Aids, aparece também em outros estudos, como no de Guimarães, Lorenzo e Mendonça (2020), que entrevistaram profissionais de saúde e encontraram discursos nos quais as principais questões sobre a saúde dessa população são relacionadas às IST's, tratando essa população, inclusive, como uma população que morrerá mais facilmente em decorrência disso. Os autores referem:

Pode-se notar a existência clara de uma construção discursiva que define e normaliza as práticas de saúde dirigidas à população LGBT através de um processo patologizador, que, se por um lado não chega a afirmar explicitamente que a diversidade seja patológica, por outro a associa invariavelmente a um conjunto nosológico provocado pelas práticas de prazer próprias a essa população (p. 144).

Percebemos, então, que desde a década de 1980, com o início da epidemia do HIV, na qual a infecção pela doença era relacionada a práticas sexuais entre homens e entre pessoas trans, principalmente, esse grupo vem sendo alvo de estigmatizações. Como refere Parker (2019), as mudanças produzidas pelo mundo digital não são alcançadas pelo mundo social e político; assim, muitos estudiosos acreditavam que com os antirretrovirais e a terapia combinada, o estigma sobre o HIV/Aids ia desaparecer, o que não aconteceu, e permanece até hoje, pois o estigma da Aids traz a intersecção entre diversos estigmas, como o da sexualidade não normativa. Logo, apesar dos avanços que se tem sobre a prevenção ao HIV, formas de contágio, tratamento, entre outros, essa população continua sendo colocada como principal grupo infectado pelas IST's: “Sem dúvidas, elas já olham pra você com, sei lá, acho que nojo,

porque eu acho que elas pensam que a gente é tipo um poço de doenças, infelizmente ainda existe esse pensamento absurdo dessas pessoas” (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca). A violência institucional, referida anteriormente nesse texto, também aparece na estigmatização que recai sobre pessoas trans e homens cis gays (principalmente), com relação ao HIV/Aids, na insistência de realização frequente dos exames (Silva, Rosa & Gagliotti, 2021), na pressuposição de que essas pessoas estarão infectadas, e assim por diante.

É um medo pra gente, pelo fato da gente ser uma população bem discriminada, ainda mais com a questão das doenças, que só a gente que tem doença, só a gente que pode ter doença, eles não podem ter doenças também entendeu, então tudo de doença que não presta já botam em cima da gente (Lana, mulher trans, heterossexual, parda).

A fala de Lana nos traz a ideia de que tudo aquilo que é visto como negativo, é direcionado a “outras pessoas”, no caso, às pessoas LGBTQIA+. Janaína (enfermeira, mulher cisgênero, lésbica, branca) compartilhou um fato ocorrido há alguns anos, na qual houve a nítida associação entre um/a paciente trans e IST's: “Já teve profissional que o paciente buscou a unidade de saúde porque queria ser encaminhado para o SERTRANS. Já tinha pesquisado, já sabe que vai precisar ter encaminhamento, e o profissional mandou procurar a profissional do SAE, né”.

Ou seja, o profissional, que atua na UBS, encaminhou a/o paciente para o SAE, um serviço especializado e com foco no acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/Aids, mesmo que esse paciente estivesse apenas buscando encaminhamento para o SERTRANS, que se relaciona ao processo de transição de gênero e nada tem a ver com pessoas vivendo com HIV/Aids. O profissional, dessa forma, reproduz o estigma e direciona essa pessoa a outro serviço, distanciando-a da UBS. Vale ressaltar que, mesmo que o paciente seja encaminhado ao serviço especializado pelos motivos corretos, deve continuar sendo

acompanhado pela Unidade Básica de Saúde, que não deve se desresponsabilizar pelo cuidado longitudinal.

Parker e Aggleton (2002) refletem sobre o risco de vida que o HIV/Aids apresentava, no início da pandemia, o que trazia medo para as pessoas. Criaram-se diversas ideias sobre o vírus e sobre a Aids, que contribuíram para a percepção do HIV/Aids como uma doença que afeta “outros”, principalmente aqueles sujeitos que já são alvo de outros estigmas, como referente ao comportamento sexual: “HIV/AIDS exacerba a estigmatização de indivíduos e grupos que já estão oprimidos e marginalizados, o que aumenta a vulnerabilidade ao HIV/AIDS e que, por sua vez, faz com que sejam ainda mais estigmatizados e marginalizados” (p. 4, tradução nossa).

Precisamos compreender os estigmas como processos sociais, construídos relacionalmente, e não como atributos estáticos; isso nos abre a possibilidade de que processos estigmatizadores podem ser desafiados e resistidos. Enquanto processos sociais que visam manter o controle social sobre certos corpos e reproduzir a desigualdade social existente, podemos entendê-lo como um instrumento que visa ordenar a sociedade: existem os “normais” e os “diferentes”; é por meio da produção da diferença que se alcança o controle social (Parker & Aggleton, 2002). No caso de pessoas LGBTQIA+, ao acessarem os serviços e serem vistos como portadores naturais de IST's, direciona-se a esses corpos o estigma da doença, da promiscuidade, da inferioridade moral, justificando violências e a desassistência à saúde dessa população. O estigma, visto como atributo individual, culpabiliza o sujeito pela própria violência que sofre. Ou seja, por ser promíscuo, o homem gay se torna mais facilmente portador do HIV, sendo culpado pelo seu suposto adoecimento, e os profissionais de saúde se sentem autorizados, enquanto “normais”, a produzirem práticas pouco acolhedoras e discriminatórias.

Como refere Benevides e Aguiar (2019), pessoas LGBTI+ permanecem sendo vistas como desviantes morais, pecadoras, perversas ou doentes, em muitos espaços sociais e governamentais. Seja qual for a perspectiva adotada, o que se produz sobre esses sujeitos é a discriminação, exclusão e violências, de forma velada ou de forma direta, o que se traduz através da fala de Gilberto (homem cisgênero, gay, pardo): “Então assim, infelizmente é um sistema assim... que é pra gente, que é LGBTQI+, é de violência por cima de violência”. Considerando tal cenário, alguns profissionais que participaram do momento coletivo, discutiram sobre um caso relacionado à saúde de homens gays, e destacaram a importância de, nos atendimentos, não priorizarem apenas o teste de HIV ou outras IST’s em detrimento da escuta ou de outros procedimentos que sejam necessários:

Escutar o paciente, né? Assim, acolher, entender (...) pra em seguida, depois que a gente escutasse, pra criar o vínculo com o paciente, a gente faria os devidos procedimentos.

Uma coisa que a gente pensou seria ofertar os testes rápidos durante a consulta pra IST. (Patrícia, enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, branca).

O que a gente ficou falando é de tentar não ter esse momento no início da consulta ou até mesmo no segundo momento. Pra não ser aquela coisa mais estigmatizada. “Já que é um homem gay, chegou aqui, vamos logo fazer um teste rápido pra ver se tem alguma IST”.

Mas no sentido de cuidar, de aproveitar a oportunidade para trabalhar (Angélica, nutricionista, mulher cisgênero, heterossexual, branca):

A reflexão das profissionais parece ser importante, no sentido de considerar que algumas pessoas entrevistadas destacaram que, ao se colocarem como LGBTQIA+, imediatamente são levadas para a realização de testes rápidos, como se suas demandas de saúde se reduzissem a tal questão, inclusive em casos nos quais a busca pela UBS não se relacionava a nenhuma IST, o que não impedia a estigmatização desses sujeitos. Isso se dá,

pois nos espaços de saúde encontramos equipes que não pensam a atenção à saúde dessa população e que submetem pessoas LGBTQIA+ à desassistência:

Ser LGBT+ é enfrentar uma estrutura que não foi pensada para a existência desta população. Muitas vezes é um desafio que se configura em estar exposto a diversos tipos de sofrimento para ter garantida sua dignidade e o respeito de sua existência como possível, legítima e real (Benevides & Aguiar, 2019, p. 43).

Pensando também sobre os casos nos quais um teste realizado na UBS pode ter resultado positivo, destacamos a experiência de Alan (homem gay, cisgênero, negro), que vivenciou um momento de acolhimento e orientações após um teste positivo na UBS:

Quando deu positivo, no meu caso específico, a enfermeira que me atendeu foi bem tranquila, tentou me acalmar, me deixou... Fez eu me sentir seguro, porque a gente não espera, e quando aconteceu ela me acolheu de uma forma que, pelo menos naquele momento, eu consegui me tranquilizar, não foi desesperador, ela me ofereceu todas as informações prévias sobre como funcionava e como eu poderia reagir. Embora eu tenha dito desde o começo “não, eu já sei, já fiz”, ela fez questão de falar todas as informações novamente. Então nessa parte funcionou bem pra mim.

A experiência de Alan nos aponta para possibilidades que escapam à LGBTQIA+fobia na APS. Diante de uma situação que pode vir a assustar e desestabilizar o sujeito, como um resultado positivo de um teste de IST, a profissional se mostrou acolhedora, buscou informar sem produzir preconceitos, com a intenção de tranquilizá-lo, produzindo um encontro atravessado pelo cuidado, na contramão das práticas enrijecidas e violências narradas por outras pessoas LGBTQIA+ que participam da pesquisa.

Parker (2019) aponta para a utilização dos estigmas como arma para oprimir determinados sujeitos, o que significa que, para combatê-lo, é preciso desconstruir essa arma, por meio da percepção da estigmatização, do reconhecimento de posição de estigmatizada/o, e

da busca para enfrentar a situação. A produção de um atendimento acolhedor e respeitoso, nesse sentido, atua como arma e estratégia de luta contra a estigmatização, a violência institucional, aproximando esses sujeitos da APS. As experiências de pessoas LGBTQIA+ no mundo são atravessadas pelo medo frequente de que se tornam alvo de violências, discriminações, violações de direitos, estigmatizações. Considerando o Brasil como um país marcado pelos altos índices de violências e assassinatos contra pessoas LGBTQIA+, o medo e a vulnerabilidade se tornam categorias centrais que dão substrato às relações cotidianas dessas pessoas, como refere Helena Vieira (2020), inclusive em serviços de saúde. Refletimos sobre como a APS pode construir outros laços com esses sujeitos, que são expulsos de casas, que são invisibilizados em suas demandas de saúde, que são estigmatizados em atendimentos, consultas e exames. Como podemos tensionar as vulnerabilidades produzidas pelo próprio sistema de saúde sobre corpos subalternizados?

É preciso fornecer ferramentas para que os estigmas sejam enfrentados, para que sejam produzidas lutas que busquem fissurar a cristalização desses estigmas no campo da saúde e na sociedade como um todo. Se essas instituições não estabelecem estratégias para identificar e eliminar práticas de estigmatização e discriminação contra a população LGBTQIA+, contribuem para perpetuar essas ações e para a manutenção das mesmas no processo de saúde-doença desses/as usuários/as.

Valencia (2020) fala sobre pessoas dissidentes de gênero, de sexualidade, que questionam os modelos de cidadania e que “inventam outras imaginações políticas através de um cuidado com a vida”; com isso, consideramos que exercer o cuidado com a vida dessas pessoas em nosso sistema de saúde se torna uma via a ser efetivada, posta em discussão e em prática. Apontamos para uma política de cuidado por meio das ações micropolíticas, cotidianas, de escuta, de acolhimento, de respeito às demandas de pessoas LGBTQIA+, de enfrentamento às estigmatizações, de abertura para que os espaços da APS se constituam

como locais nos quais exista lugar para a diversidade e a pluralidade e para o enfrentamento da cisheteronormatividade que segue produzindo práticas violadoras e punitivistas contra esses corpos dissidentes.

Denunciar para constranger e transformar a APS

“Temos que nos desrespeitar para não deixar o próximo constrangido, mas quem realmente está constrangida, é nós, que foi chamada de ele, sendo uma mulher”.

A frase acima foi verbalizada por Roberta, mulher trans, heterossexual, preta, em determinado momento da entrevista, quando falou sobre a experiência de buscar um posto de saúde e não ter o seu nome e o pronome respeitados por uma profissional da recepção da UBS. A escolha do título do presente tópico se dá pela consideração de que precisamos, através das denúncias que são aqui tecidas, constranger aquelas/es que discriminam e violentam corpos e existências por diferirem do que está posto como norma. No presente capítulo, trazemos discussões sobre as experiências de pessoas trans e travestis na APS com relação ao frequente desrespeito ao nome social e ao pronome adequado; e realizamos também análises que se articulam à uma perspectiva interseccional, trazendo para o debate aspectos sobre como orientação sexual e identidade de gênero podem se articular à raça e produzir distintas experiências no âmbito da APS.

Esperamos que as narrativas de vozes marginalizadas possam produzir movimento e constrangimento, abalando os mecanismos de controle e dominação social.

Desusos do nome social e do pronome de pessoas trans na APS: “Não houve, assim, essa abertura do posto em si em transicionar junto comigo”

“- Francisco.

- Meu nome é Suzzanný.
- Mas, no teu documento, a moça da recepção disse que era Francisco.
- Eu estou aqui na tua frente e estou te dizendo que meu nome é Suzzanný, nada de Francisco”.

(A palavra que resta - Stênio Gardel)

Entre as expressões da LGBTQIA+fobia na APS, destacamos o desrespeito frequente ao nome social e ao pronome de pessoas trans. Utilizamos o termo nome social, pois, como explica Vergueiro (2015, p. 203), “este é um dos termos mais correntes ao se pensarem, em políticas públicas e outros contextos, sobre demandas políticas pelo reconhecimento e dignidade de pessoas trans*”. Segundo Prochno e Rocha (2011), o nome se constitui como uma categoria classificatória com valor significativo em nossa sociedade, através do qual se considera um indivíduo como existente perante o Estado e as instituições públicas. Os sujeitos são nomeados, muitas vezes, desde antes do nascimento, sendo o nome uma das características primordiais atribuídas a uma pessoa. Entretanto, o nome não marca apenas uma denominação, estando associado às relações de gênero e sexualidade, ou seja, um nome considerado masculino é atribuído a alguém que nasce com o sexo masculino e para o qual se espera a constituição de um gênero masculino, e vice-versa. Logo, o nome está intrinsecamente associado às normas de gênero e sexualidade que constituem a sociedade.

A lógica cisheteronormativa se utiliza do binarismo de gênero para invalidar os nomes próprios das pessoas trans, segundo Navarro (2017). O autor destaca que esse "nome próprio", uma marca linguística através da qual costumamos nos (des)identificar, não se configura como um simples ato de performatividade de gênero como outros. A repetição do nome de registro nos diversos espaços e instituições, como nos postos de saúde, busca imprimir nos corpos de pessoas trans a marca das leis binárias do gênero, apagando-os e os silenciando. O nome, como um marco de reconhecimento, ao ser desrespeitado por profissionais da APS, nos indica uma das vias através da qual a transfobia se faz presente nesses espaços, direcionando a esses sujeitos mais uma forma de violência. A narrativa de desrespeito ao nome e pronome esteve presente nas entrevistas das três pessoas trans entrevistadas, além de aparecer nas falas de pessoas cisgênero que já presenciaram ou possuem amigas/os trans e das/os profissionais participantes do momento coletivo. Na primeira entrevista realizada para a presente pesquisa, Dandara destacou a questão:

Eles continuam me tratando no nome masculino, mesmo eu tendo a, mesmo eu me caracterizando com uma feminilidade maior, não houve nenhum tipo de questionamento, diferente de outros ambientes em que as pessoas sempre perguntam: você prefere ser tratada assim ou assim? (Dandara, travesti, bissexual, preta)

O direito ao uso do nome social é garantido no SUS há mais de 10 anos, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2009), do Ministério da Saúde, que afirma:

“I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir, em todo documento do usuário e usuária, um campo para se registrar o nome social, independentemente 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 (p. 12).

Entretanto, essa não parece ser a realidade vivenciada pela maioria das pessoas trans na APS. Camila (médica, mulher cisgênero, bissexual, branca) compartilhou sobre sua experiência na UBS na qual atende:

Inclusive, recentemente atendi um menino trans que a violência começou no acolhimento, ele se sentiu violentado, porque se apresentou com o nome social e as pessoas não queriam aceitar o nome social, dentro do acolhimento (...) E eu tentava reafirmar, chamava pelo nome ou pelo pronome, né, que ele se apresentou, mas mesmo assim ficou meio tenso, a questão do contato deles, isso foi uma coisa meio tensa.

Compreendemos o desrespeito ao nome e ao pronome que identifica a pessoa corretamente como um reflexo da cisgeneridade compulsória no sistema de saúde. Nascimento (2019) se refere a cisgeneridade como uma matriz original da qual todos os corpos trans seriam subalternos, sendo *os outros* daqueles sujeitos que possuem uma identidade atravessada por privilégios, pois são o modelo natural e neutro, não marcado culturalmente. Essa identidade foi legitimada historicamente por discursos médicos, políticos, jurídicos, religiosos, a partir dos quais se instituiu o homem branco, cristão, heterossexual, cisgênero, como medida para todos *os outros*. Entretanto, a naturalização e soberania desse sujeito universal se dá mediante a colonização de outras identidades. Vergueiro (2016) discorre sobre a cisgeneridade a partir de três elementos: pré-discursividade, binariedade e a permanência. A pré-discursividade está relacionada à compreensão sociocultural de que podemos definir sexos-gênero independente da autopercepção dos sujeitos, dos contextos interseccionais e socioculturais nos quais estão inseridos, havendo, portanto, traços “naturais”, anteriores às construções sociais e culturais, que definem o sexo e o gênero. O elemento da pré-discursividade, segundo Vieira, Pereira, Dutra e Cavalcanti (2019) sustenta imaginários sobre corpos cisgênero como verdadeiros e corpos trans como ficcionais. O segundo elemento, segundo Vergueiro (2016), seria o da binariedade, a partir do qual se define que

existem somente duas alternativas para os corpos generificados: macho/homem e fêmea/mulher. O terceiro elemento, o da permanência, corresponde a uma expectativa que se direciona aos corpos ditos “normais”, expectativa esta relacionada a uma coerência fisiológica e psicológica ao “sexo biológico”. Assim, qualquer experiência que se desvie dessa expectativa é vista como patológica.

Apontamos, a partir de Butler (2003), que gênero é o próprio dispositivo que produz o sexo como algo natural, portanto, o que determina a verdade sobre um corpo sexuado são as relações de poder (Nascimento, 2019) que atravessam as relações, instituições, espaços, e, nesse caso, a cisgeneridade produz sobre os corpos de pessoas trans a ausência de direito à escolha do próprio nome, por ser um nome que rompe o ideário da construção do gênero lado a lado com o sexo. O conceito de cisgeneridade funciona como um conceito analítico para os processos de subjetivação de gênero: “esse conceito evidencia as disputas narrativas em torno das (im)possibilidades de viver e experienciar o gênero e, principalmente, dos discursos autorizados a legitimar ou não essas vivências” (Fuchs, Hining & Toneli, 2020, p. 2). O termo cisgeneridade denuncia, portanto, a ficção de um sexo natural, anterior ao gênero, trazendo para o debate a construção de corpos ciscônero, as vias de produção desses sujeitos que nomeiam pessoas trans, direcionando a elas a ideia de artificialidade e ilegitimidade.

E ao ir ao posto, pela primeira vez sendo uma mulher trans, pela primeira vez mesmo, saindo na rua com roupas trazidas pela sociedade como femininas, andando com roupas femininas, eu fui ao posto, aí eu fui naquela sala de atendimento que fica na frente e ela me indicou uma sala, a sala onde aquelas mulheres tiram peso, altura, pra depois chamarem você pro consultório médico, então quando eu estava ali ela me perguntou: qual o seu nome verdadeiro? Aí eu fiquei meio abalada, meio constrangida, como a minha primeira vez sendo uma mulher trans ali. Eu disse: Meu nome é Roberta. Aí ela disse não, não quero nome de personagem, não quero nome de anime, eu quero seu nome

verdadeiro. Aí eu: bom, eu me identifico enquanto mulher trans. Aí ela: no momento não estamos usando nome social. Hoje em dia o posto usa o nome social. Lá, no dia em que eu fui, não se usava. (...) Teve vezes que me chamaram de ele e eu tive que falar que era ela, esses constrangimentos por causa do meu pronome, que sempre acontece. (...) Podem ser pronomes pequenos, são só três letras... Mas são três letras super importantes pra nós que vivencia todo essa transfobia generalizada por essas pessoas (Roberta, mulher trans, heterossexual, preta).

São três letras, importantes, pois significam o direito à autodeterminação. A problemática da naturalização de corpos cisgênero traz para o debate a associação entre o sexo, o gênero e o nome que traz reconhecimento a esse corpo, que passa a ser reconhecido, validado e legitimado socialmente, visto como “nome verdadeiro”, enquanto aquelas/es que desarticulam essa ordem, se nomeando a partir de um nome que corresponde a um gênero que não condiz com o sexo determinado ao nascimento, passam ter essa escolha deslegitimada e posta como fantasia, como explicitado por Roberta. Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda) também trouxe um relato sobre pacientes que, ao chegar na UBS, tinham seu direito ao uso do nome social desrespeitado, assim como a percepção sobre sua identidade de gênero:

À frente do posto, a recepção não sabia bem lidar com a questão do gênero da pessoa (...) Nesse dia que eu atendi a mulher trans, eu tava fazendo prevenção, ela queria conversar comigo, mas as meninas da recepção foram dizer: não, mas ela só tá fazendo prevenção hoje, não, só atende mulher, entendeu?”.

Temos, portanto, que a categoria “nome”, que se articula ao significado de proteção à identidade dos indivíduos, passa a ser “colocada em questão quando se depara com as possíveis desordens do gênero, dada a própria instabilidade e trânsito apresentados pela multiplicidade subjetiva em contrapartida a identidades essenciais, únicas, imutáveis”

(Prochno & Rocha, 2011, p. 257). Ressaltamos, como os autores, que a ideia de desordem é considerada como uma oposição à suposta ordem natural de sexo-gênero, feminino-masculino, e não como patologia. A desordem é causada por esses corpos quando o nome verdadeiro da pessoa que buscou o serviço de saúde é um nome que não está em coerência ao sexo de nascimento, e sim à forma pela qual essa pessoa constrói e performa seu gênero. A desordem causada pela ruptura dessa coerência produz uma reação de intolerância nos interlocutores, que respondem por meio da transfobia. Lana, mulher transexual, heterossexual e parda, traz em sua narrativa a experiência de transfobia, também compartilhada por Roberta:

Toda vez que eu ia me consultar no posto de saúde os atendentes sempre colocavam o nome de registro, sempre, sempre, sempre! Eles nunca, tanto que às vezes eu tava lá sentada e falavam assim: tal pessoa! Aí todo mundo ficava assim, eu me levantava e ficava todo mundo sem entender nada: como assim? Um nome masculino e entra uma mulher na sala? Tipo isso, entendeu? Mas hoje em dia eu tenho toda a minha documentação trocada então hoje em dia não tenho mais problema. Mas de vez em quando ainda insistem em tratar você pelo pronome masculino, tipo: ele. Eles nunca tipo: ou ela vem aqui.... Sempre ele, sabe? Aí eu corrijo: ELA! Aí eles dizem: ele aqui.... Sabe, sempre assim (Lana, mulher trans, heterossexual, parda).

O desrespeito ao nome social e ao pronome escolhido por pessoas transexuais se configura como uma violência, pois se apresenta como uma das expressões da transfobia contra essa população, gerando constrangimento e ferindo os direitos dessas usuárias ao buscarem assistência à saúde por meio da APS, desconsiderando a autonomia de pessoas trans com relação ao seu corpo e a sua existência, desconsiderando essas pessoas como sujeitos de seus próprios processos. Bento (2006), ao discorrer sobre pessoas trans que buscavam realizar cirurgias de redesignação sexual, explica que a experiência de autodiagnóstico dessas pessoas choca-se diretamente com o poder que era destinado a

profissionais para validar suas experiências. Pensando no que compartilhou Roberta, sobre o momento em que a profissional da UBS exigiu o seu “nome verdadeiro”, temos um exercício do poder por parte de tais profissionais, para desautorizar Roberta, assim como outras pessoas trans, a se autonear, de acordo com suas performances de gênero. Vemos, portanto, um poder concedido a esses profissionais para considerar o que pode ser “real” ou não na experiência de uma pessoa trans, e essa (des)legitimação se ancora na cisgeneridade como norma orientadora das experiências possíveis e da constituição dos corpos aceitáveis na APS.

Hining e Toneli (2022, p. 7), retomam a caracterização de Viviane Vergueiro sobre os três elementos que caracterizam a cisgeneridade, e refletem que esses traços a produzem como uma “norma que governa a inteligibilidade do gênero em que sujeitos cisgêneros são lidos como os portadores da verdade legítima do sexo, e aqueles cujo sexo/gênero é inconforme são lançados em zonas de abjeção onde se veem interditados de *status* ontológico”. A exigência do nome verdadeiro, como foi feita a Roberta, representa a deslegitimação da mesma enquanto uma mulher, sugerindo-se que ela se utiliza de uma fantasia, como um nome de personagem, por se constituir de forma divergente à cisheteronormatividade, por se ancorar na ficção da cisgeneridade enquanto norma. Consideramos, a partir de leituras transfeministas, que a cisgeneridade é construída socialmente, tendo como um dos principais efeitos a invisibilização de pessoas trans e naturalização de pessoas cisgênero (Hining & Toneli, 2022) enquanto “reais”, “verdadeiras”, legítimas; dessa forma, categorias como “mulher” ou “homem” não são óbvias por si mesmas, e sim ficções normativas, devendo ser postas em análise. Cria-se a ficção de uma natureza dada, inquestionável, que produz sobre corpos com os de Roberta, Lana e Dandara o impedimento de existência, de ocupação de espaços da saúde, ou de serem reconhecidos enquanto sujeitos nesses espaços, ainda que possam “ocupar”.

Não é o nome de Roberta que se configura enquanto fantasia, e sim a ficção de gênero que produz sobre ela a tentativa de silenciamento e invisibilização. A conhecida frase de Simone de Beauvoir (1967) nos diz: “não se nasce mulher, torna-se”; Rodovalho (2017), considera que a premissa de Beauvoir nos indica que todo gênero passa por um processo de construção, mas para mulheres trans essa premissa assume uma importância marcante, pois para esses sujeitos não há a opção de nascer, somente de se tornar. Entre esse tornar-se, diversos processos singulares podem ser experimentados, não se reduzindo às cirurgias de redesignação sexual, entre outras, e a escolha do nome e pronome pelo qual deseja-se ser chamada/o é um deles. Assim, quando se desrespeita esta escolha, diminuindo sua importância, ou reduzindo-a a ficção, percebemos a força da cisgeneridade atuando sobre esses corpos, buscando inseri-los nas linhas duras de sua norma.

Enquanto escrevia este texto, discutindo sobre os desusos do nome e do pronome de pessoas trans na APS, me deparei com um relato de Ana Flor¹⁴, que se identifica como travesti, em uma rede social. Em seu relato, ela trouxe que possui o nome e o sexo retificados em todos os documentos há alguns anos e que precisou buscar, recentemente, um estabelecimento de saúde. No atendimento inicial, a recepcionista se dirigiu a ela enquanto Ana Flor, tendo confundido o uso do pronome algumas vezes, mas utilizando vocativos como “moça” e “senhora”, mas na pulseira colocada no pulso de Ana Flor, a atendente registrou o sexo como masculino. Este caso me recordou um momento da entrevista com Lana, no qual ela me relatou que, após muitas ocasiões em que seu pronome e seu nome não eram respeitados em espaços, incluindo a APS, buscou a retificação dos mesmos em seus documentos, para evitar que isso continuasse acontecendo. O relato de Ana Flor nos traz a dureza do cotidiano vivenciado por essas mulheres, e outras pessoas trans, e nos mostra como os processos transfóbicos ignoram orientações legais, oficiais, que poderiam atuar impedindo

¹⁴ <https://twitter.com/Tdetravesti/status/1679476186626285573>

violências como a sofrida por Ana Flor. Cartilhas do SUS e documentos retificados parecem não ser suficientes para inibir práticas transfóbicas, pois as normas vigentes atuam de maneira sofisticada, autorizando que profissionais da saúde decidam, por exemplo, qual o sexo de uma pessoa, independente do que traz seu documento.

Bento (2006) aponta para a reafirmação constante, em nossa sociedade, que mulheres são diferentes de homens por suas naturezas, o que nos indica que essas ideias não tiveram total sucesso, uma vez que necessitam ser reafirmadas de diferentes formas e com certa frequência. Isso significa que o sistema, as políticas, as instituições, sujeitos, coletivos, buscam incessantemente reafirmar e reassegurar a ficção cisgênera por meio do controle sobre esses corpos que reafirmam cotidianamente parte do fracasso dessas normas. Assim, assinalar um sexo masculino ao ver uma mulher diante de si, pode ser entendido como parte desse mecanismo de reafirmação constante de que “homens são homens”, “mulheres são mulheres”, independente da autopercepção, das mudanças corporais e do que trazem seus documentos. Até que ponto, então, Lana está blindada de sofrer novas transfobias, mesmo após a retificação de seus documentos? Me refiro a “parte do fracasso” de tais normas cisgêneras, pois enquanto esses corpos permanecerem enquanto alvo de controle, violências e marginalizações, não podemos deixar de buscar possibilidades de enfrentamento e resistência às formas de atuação de tais normas, que obtém certo sucesso a cada corpo que se torna alvo de suas violências.

Um dos médicos participantes do momento coletivo compartilhou que na Unidade de Saúde onde atua considera haver certa compreensão das/os funcionárias/os com relação ao nome social:

A situação que aconteceu comigo. Falando da recepção (...) As meninas não colocaram no nome social, mas elas me falaram: Olha, tem um homem trans, que o nome dele é (...),

mas aí tá como (...). Quando você for chamar ele, chame de (...) (Breno, homem cisgênero, heterossexual, preto).

O profissional considera que há respeito ao uso do nome social na UBS, mas destaca que outros movimentos ocorrem após a saída da/o paciente da UBS:

Dizem: oh, doutor, essa pessoa quer ser chamada por esse nome. E eu digo: claro, esse é o nome dela. (...) Depois, é o que eu lhe disse, naquelas conversas informais, sempre vem alguém que diz que acha que é uma bobagem, que isso não deveria ser assim, você sabe... (Breno, homem cisgênero, heterossexual, preto).

Ou seja, temos um relato de que as/os profissionais da UBS na qual o médico atua costumam chamar pessoas trans pelo nome social, mas, em outros momentos, também fazem comentários depreciativos sobre a escolha dessas pessoas, o que nos aponta para uma transfobia velada e, mais uma vez, para a deslegitimação de suas experiências de gênero. A partir das narrativas compartilhadas, compreendemos que esses corpos se tornam ininteligíveis e suas existências são recorrentemente invalidadas por profissionais dos serviços de saúde. Berenice Bento (2018) ao apresentar o seu conceito de necrobiopoder, discute sobre o reconhecimento de certos sujeitos enquanto humanos, e a retirada desse reconhecimento, por parte do Estado, com relação a determinados grupos, como pessoas trans, travestis, a população negra etc., apontando que o Estado se constitui como um agente de distribuição desigual do estatuto de humanidade. Entre os efeitos de tal necrobiopoder, a autora nos aponta para as agressões e assassinatos de travestis; assim, o Estado torna-se também agente de distribuição de violência contra certos corpos. Por meio das considerações da autora, somos levadas/os a nos questionar sobre quais políticas de vida e de morte são colocadas em movimento por meio das LGBTQIA+fobias cotidianas experienciadas nos espaços da APS: quem pode acessar a Atenção Primária e o SUS? Ao discutir a noção de abjeção (2021), a autora relaciona a experiências que são historicamente desumanizadas; a ausência de

inteligibilidade sobre um corpo, ou seja, o seu não reconhecimento recíproco, possui relação com a ideia de abjeção: “A noção de abjeção designa uma condição degradada ou excluída dentro dos termos da sociabilidade” (p. 166). Quais corpos possuem materialidades e performances para serem reconhecidas enquanto “humanidade”, questiona-se a autora. E por quais mecanismos a negação desses sujeitos e de suas humanidades, considerados como abjetos, se faz presente na APS? Por meio da impossibilidade de acesso? Da transfobia “cordial”? Do desrespeito ao nome e ao pronome? Da desassistência à saúde? Os mecanismos são múltiplos, articulados, com vistas a reiterar essa abjeção e continuar destinando esses corpos às margens que já vêm sendo ocupadas por eles historicamente.

Segundo Nogueira, Leitão e Silva (2021), a cisheteronormatividade produz seres abjetos, mas, na medida em que desobedecem às normas, esses sujeitos abrem possibilidades para transformação das mesmas, por meio do afronte à cisgeneridade e da ocupação de locais aos quais seus corpos são impedidos de estar, como parece ser o caso dos espaços da APS. Na medida em que essas pessoas se fazem presentes no posto de saúde, exigem o respeito ao nome e ao pronome, mesmo diante das transfobias às quais são submetidas, colocam diante de profissionais da saúde “a inexistência de uma(um) sujeita(o) universal, a quem seriam direcionados os esforços dos profissionais nos serviços de saúde, convocando-nos a lidar com singularidades múltiplas” (Vieira et. al., 2019, p.168). É por meio de seus corpos, nomes, pronomes, performances de gênero, que se abre no SUS o tensionamento para a urgência de que as práticas de saúde transicionem junto com essas pessoas. Como nos traz Bento (2021, p. 168): “E a mulher trans ao entrar na cena pública e empreender a luta por reconhecimento está produzindo ruídos e talvez mesmo inaugurando um novo domínio ontológico. É nestas lutas por reconhecimento que se nota o deslocamento da abjeção”.

Assim, apontamos para as experiências de desrespeito ao nome e ao pronome como expressão da transfobia, fruto da cisheteronormatividade, que invalida esses corpos e suas

existências enquanto mulheres, e apostamos na possibilidade de que sejam criados caminhos para fissurar formas enrijecidas de oferecer (des)assistência às pessoas trans nos serviços de saúde, por meio da ocupação dos espaços da saúde, do enfrentamento do desrespeito ao nome e pronome de pessoas trans e de outras transfobias vivenciadas nesses locais. Gilberto e Mari, pessoas cisgênero, também apontam para o desrespeito ao nome social de pessoas trans nos serviços de saúde:

Eu tenho amiga mulher trans e homem trans e todos já relataram que o nome social não é... Tanto porque também talvez por falha, ele nem pergunta como você quer ser tratado, entendeu? Vê ali o que está no RG, porque muitos ainda não mudaram o nome no RG. Então o nome no posto é o seu nome biológico né, e não o seu nome social que você quer. Então não tem não. Eu já ouvi muitos relatos sobre isso (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra).

Vergueiro (2015) aposta na problematização de determinados termos para efetivar uma desconstrução crítica daquilo que atua como mecanismo de reificação de verdades sobre certos corpos humanos sexuados, como, por exemplo, “mulher biológica” e “mulher de verdade”. Roberta nos trouxe o relato do momento em que lhe foi exigido o seu “nome verdadeiro”. Na fala acima, de Mari, ela se refere ao fato de que, em muitos ambientes da APS, profissionais se referem a pessoas trans por meio do “nome biológico” e não por meio do nome social. Assim, o nome que é associado ao sexo designado a pessoas trans no nascimento, o “nome biológico”, continua sendo utilizado como forma de impor a esses sujeitos uma cisgeneridade compulsória, considerando-o como nome legítimo, verdadeiro, em detrimento daquele escolhido por essas pessoas, que passa a ser considerado uma fantasia ou ficção: “Os projetos coloniais podem ser vistos como projetos que buscam ‘verdades’ sobre as pessoas colonizadas, na medida em que este conhecimento sirva aos colonizadores de alguma

forma (para invadir, ocupar, ridicularizar, assassinar, por exemplo)” (Vergueiro, 2015, p. 203).

Tais mecanismos operam invisibilizando a própria ficção do biológico como norma ou verdade, naturalizando corpos cisgêneros, pois como nos diz Mombaça (2017, p. 4): “O poder opera por ficções, que não são apenas textuais, mas estão materialmente engajadas na produção do mundo. As ficções de poder se proliferam junto a seus efeitos, numa marcha fúnebre celebrada como avanço, progresso ou destino incontornáveis”. Torna-se necessário tensionar as “hierarquias de autenticidade e inteligibilidade entre corpos e identidades de gênero” (Vergueiro, 2015, p. 47), incluindo aqui as hierarquias de autenticidade sobre o nome designado a essas pessoas e o nome escolhido e por meio do qual desejam ser chamadas. Gilberto se utilizou do termo “nome morto” quando falou sobre o assunto:

Eu nunca, não tenho conhecimento de nenhuma pessoa trans ter sido bem atendida no posto. Porque primeiro, não se respeita o nome social. Eu conheço, tenho uma amiga trans em São Gonçalo, e eles insistem, a enfermeira, o médico, a agente de saúde, chamam ela pelo nome de registro. Pelo nome morto dela. (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo).

A matriz cisheterossexual se expressa de inúmeras formas nos corpos e nas experiências de mulheres trans e travestis. Considerando essa perspectiva, pessoas trans e travestis estariam fora da inteligibilidade, à margem das normas que instituem corpos, sexos, gêneros e desejos aceitáveis, e aqueles que devem ser regulados e punidos. Como nos traz Mombaça (2017), tais violências fazem parte de um *design* global, que define contra quais tipos de corpos se torna aceitável exercer violências, sem que isso altere ou modifique a normalidade social; essa violência segue um projeto articulado à heteronormatividade, à cisssupremacia, ao racismo e ao sexismo.

Butler (2003) aponta para a construção da categoria “mulher” por relações de poder, instituições que criam a categoria com a justificativa de representá-la, ao mesmo tempo em que busca ditar as normas a serem seguidas e punir todos aqueles corpos que não se adequam a essas normas, que sejam, nesse caso, a cisgeneridade e a heterossexualidade. Lugones (2014), ao trazer para o debate a noção de colonialidade de gênero, refere que as lógicas dicotômicas e hierárquicas são fundamentais para o pensamento moderno e colonial sobre gênero, sexualidade e raça. A autora se refere à colonialidade enquanto um processo de redução de certos sujeitos, de desumanização, tornando-os aptos a serem classificados, assujeitados, tornados menos que seres humanos. Na dicotomia central da modernidade colonial, estaria a separação entre humano e não humano. Nesse sistema colonial moderno, diferentes estratégias são utilizadas para exercer a colonialidade sobre esses corpos, puni-los, fazê-los deixar de existir, se não literalmente, enquanto sujeitos de direitos.

Não respeitar o nome pelo qual a pessoa deseja ser chamada torna-se, assim, uma violação e uma punição ligada à colonialidade de gênero, uma forma de repressão àqueles e àqueles que buscam estabelecer descontinuidades entre sexo e gênero. A violência está direcionada a esses corpos, não havendo saída possível que não seja o enfrentamento e a redistribuição dessa violência, como forma de confrontar e de produzir autocuidado (Mombaça, 2017).

Recorremos à Butler para pensar categorias como sexo e gênero, que possuem importante relação quando refletimos sobre as experiências de pessoas trans e travestis nos serviços de saúde em nosso país. As transfobias vivenciadas por essas pessoas parecem estar articuladas às construções e ideias sobre o sistema sexo/gênero que orientam as relações sociais, práticas institucionais, e assim por diante. Butler (2003) aponta para a ideia de naturalidade que é imposta ao sexo e a ideia de construção cultural a que se relaciona gênero. Quando se questiona o caráter imutável do sexo, ou seja, o desnaturaliza, abrimos

possibilidades para pensá-lo como construído, assim como gênero, que perde a ideia de interpretação cultural do sexo. A noção de gênero enquanto construção cultural carrega consigo, também, certo determinismo, na medida em que coloca sobre a cultura a responsabilidade pela construção dos gêneros, determinando o que é ser mulher e homem em determinada sociedade. Ou seja, gênero não seria a parte cultural de um sexo natural, anterior à cultura. É justamente a ideia de um sexo anterior ao discurso, natural e original, que sustentaria a estabilidade interna e binária do sexo – feminino e masculino. Assim, a partir de uma lógica binária, a partir da qual existe um sexo, natural, e um gênero que se articula a esse sexo, mantendo uma continuidade entre ambos, considera-se abominável, ininteligível e abjeto um corpo que desloca essa ficção; esse corpo pode, então, ser violado, desrespeitado, desassistido; esse corpo perde o direito a se autonegociar, a receber atenção quando busca por ajuda em um espaço que deveria oferecer escuta, acolhimento e colaborar para a promoção de saúde.

Se tensionamos a ideia de um sexo natural pré-discursivo, e de um gênero construído culturalmente e relacionado a esse sexo, compreendemos, como Butler (2018), a construção de tais construtos a partir da ideia de performatividade. O gênero seria instituído, então, através de repetições estilizadas de atos. Assim, devemos compreendê-lo como a maneira pela qual, cotidianamente, vai se constituindo a ilusão de um “eu”, ou um “sujeito” generificado, através de gestos corporais, movimentos e diversos tipos de encenação. Através dessas repetições estilizadas, portanto, vão se constituindo identidades de gênero tidas como naturais, que se encontram dentro das normas da cisgeneridade e da heterossexualidade, concepções reificadas e instituídas, e se constroem também identidades tidas como patológicas, não-naturais, ilegítimas.

Como efeito dessas operações abstratas, têm-se corpos marcados pelos dispositivos de gênero e estabilizados por um conjunto de tecnologias discursivas, políticas, estéticas.

Performatividade aqui também se soma como um conceito que nos ajuda a perceber o caráter arbi-trário do gênero que só é supostamente estabilizado a partir de um violento conjunto de normas impostas cotidianamente a todas as pessoas (Vieira et al., 2019, p. 163)

As performances de gênero se apresentam, portanto, como ficções sociais impositivas, que foram produzidas, reafirmadas e legitimadas ao longo do tempo, utilizadas para produzir determinados corpos como naturais (por isso se trata de uma ficção). Trata-se não de um ato isolado, mas sim da constante reiteração de um conjunto de normas (Bento, 2017). Se tais normas, frequentemente atualizadas, atuam na produção das transfobias cotidianas direcionadas a pessoas trans, torna-se necessário “romper com as narrativas de origem, com as ideias essencialistas, carnavalizar as fronteiras entre o biológico e o cultural, entendendo gênero como performance, como processo de produção dos nossos corpos, do sexo” (Nascimento, 2021, p. 28). A autora aponta para a ausência de reconhecimento das mulheridades e feminilidades de mulheres trans e travestis, o que acarreta as violências de serem tratadas no masculino, e de receberem acusações de serem “homens vestidos de mulheres”. Portanto, na medida em que rompem a ficção de um sexo natural, correlacionado a um gênero, mulheres trans e travestis não são reconhecidas enquanto mulheres, são constrangidas em um posto de saúde ao serem chamadas por um pronome masculino, ao precisarem exigir que o nome escolhido seja respeitado. Vergueiro (2015) aponta para processos colonialistas articulados à curiosidade de pessoas cisgênero com relação a dados de nascimento de pessoas trans, como o nome de registro, trazendo que questionamentos como “qual seu nome de verdade?”, como o que foi realizado à Roberta, se configura como uma deslegitimação da autoidentificação dessas pessoas.

Na construção de verdades sobre corpos sexuados, são as relações de poder que atuam, produzindo a diferenciação sexual binária como algo anterior ao gênero e a naturalização do

sexo e das funções reprodutivas. Tais noções, construídas discursivamente, se dão em defesa de certos interesses, que se articulam a relações de poder que atuam na direção da manutenção das hierarquias sexuais e de gênero (Nascimento, 2021). Assim, discursos e práticas estão constantemente produzindo novos mecanismos, de ordem macro e micropolítica, que visam à manutenção da cisgeneridade e da heterossexualidade como norma, colocando em movimento políticas de aniquilamento de corpos que não atendem a essas normas.

Uma vez que as identidades de gênero tidas como naturais são aquelas que incluem homens e mulheres cisgênero, entendemos que pessoas que se identificam enquanto transgênero e travestis rompem e subvertem a lógica de repetição estilizada dos atos que constituem gênero, performam uma resistência à cisnormatividade através da desarticulação da ficção de uma correlação natural entre sexo-gênero-desejo. Seus corpos se configuram como enfrentamento ao que Vergueiro (2015) nomeia como sistema de saúde, pois a existência de pessoas com identidades de gênero que contrariam aquelas consideradas como “naturais” e “normais”, portanto, não “patológicas”, passam a expressar a possibilidade da vivência de um corpo, de uma sexualidade, de uma vida que não se estrutura a partir do binarismo masculino/feminino (Sartor & Jesus, 2022). Se entendemos gênero como constituído e não naturalizado, e como sendo constituído a partir de atos performativos, abre-se a possibilidade de encontrar brechas nas performances:

Se o fundamento da identidade de gênero é a repetição estilizada de atos no tempo, e não uma identidade aparentemente homogênea, existem possibilidades de transformar o gênero na relação arbitrária entre esses atos, nas várias formas possíveis de repetição e na ruptura ou repetição subversiva desse estilo (Butler, 2018, p. 3).

A partir das normas de gênero instituídas e que inserem determinados corpos em uma matriz de legitimidade, temos que certos corpos se tornam alvos. Butler (2018) refere:

Assim, como uma estratégia de sobrevivência, o gênero é uma performance que envolve consequências claramente punitivas. A distinção de gênero faz parte da “humanização” dos indivíduos dentro da cultura contemporânea; assim, quem não efetua a sua distinção de gênero de modo adequado é regularmente punido.

Segundo Jesus (2014) a tarefa é rediscutir a subordinação do gênero ao sexo, o que se dá mediante processos históricos, considerando que tal subordinação opera na produção de opressões sobre qualquer sujeito cujo corpo não se adeque à norma binária que articula homens ao pênis e mulheres às vaginas, incluindo homens e mulheres trans. Sendo assim, esses corpos que se tornam alvos, foram assim identificados por não efetuarem sua distinção de gênero a partir das normas da cisgeneridade, e ao subverter essas normas se tornam alvos de consequências punitivistas, tal como o não reconhecimento do nome social, a falta de atenção nos espaços de saúde, o uso de termos pejorativos e ofensivos, a patologização, violências físicas e psicológicas, e assim por diante. O não reconhecimento desses corpos enquanto corpos que precisam de atenção, acolhimento e de ter suas demandas de saúde atendidas se configura como uma punição a essas existências:

Porque ele me acompanha desde antes da transição, é o mesmo médico, e aí não houve assim essa abertura do posto em si em transicionar junto comigo. Em perceber a minha mudança e perguntar, sabe? Não houve assim essa abertura do posto em si em transicionar junto comigo (Dandara, travesti, bissexual, preta).

A fala da entrevistada articula a invisibilização sobre a sua transição de gênero, na medida em que não há interesse do profissional de saúde em questionar como ela gostaria de ser chamada. Quais corpos se tornam invisíveis para esses profissionais? Há um duplo movimento de invisibilizar, o que produz o não atendimento de demandas de saúde, e visibilizar para direcionar a esses corpos transfobias e desatenção, ao que Vergueiro (2015) se refere como invisibilização e exposição violenta, afirmando que o campo da saúde se constitui

como um espaço no qual tais processos se expressam de forma intensa com relação às diversidades corporais e identidades de gênero não normativas. Oliveira (2017) afirma que o Estado, assim como sociedade, passou a lidar com a presença de pessoas que expressam sua identidade de gênero de forma inconforme ao gênero designado ao nascimento, “o que acarreta os terrores de uma necropolítica trans* com a que a democracia liberal só é feita para quem não é se descarta de quem não cumpre as normas” (p. 132). Esses sujeitos, por meio do enfrentamento à cisheteronormatividade através dos seus corpos, colocam em destaque a ilusão da estabilidade do gênero, e essa ilusão tende a ser negada por meio da invisibilização de seus corpos, por exemplo, ou da violência direcionada a eles, com o objetivo de que deixem de existir. Esses sujeitos colocam em destaque, também, a existência de um corpo em transição e a necessidade de que os serviços de saúde, a partir do reconhecimento de suas existências e demandas, “transicionem” para uma forma de atenção e cuidado pautada na diversidade de formas de viver, na integralidade, no reconhecimento das singularidades de suas/seus usuárias/os, enfrentando práticas discriminatórias que vêm sendo colocadas em movimento nesses espaços.

Se pensarmos em um dos mais importantes princípios do SUS, a integralidade, constatamos que não há sua efetivação na APS para pessoas trans e travestis, ao contrário, temos pessoas que se tornam alvo de práticas adoecedoras, havendo uma lacuna que demanda uma atenção urgente por parte daquelas/es que fazem o SUS em seu cotidiano. O respeito ao nome social se constitui como primordial para a garantia do atendimento integral no SUS a pessoas transexuais (Rocon, Rodrigues, Zamboni & Pedrini, 2016). Os autores refletem que que o nome de uma pessoa carrega consigo diversos sentidos de feminilidade e masculinidade, e que ambos se interferem mutuamente, pois a mudança do nome incita e, ao mesmo tempo, é incitada por mudanças corporais, mas não se confundem ou não se exigem mutuamente. A mudança corporal não se torna necessária, portanto, para que uma mulher

trans passe a utilizar o nome que desejar, e vice-versa, e deve ser respeitado em todos os espaços do SUS, ainda que não haja cirurgias de mudanças corporais ou que os documentos da pessoa não tenham sido alterados. Referem que: "O nome ou signo é, antes de tudo, outro tipo de transformação - incorporal -, que lança o corpo em outro ordenamento de mundo, outro jogo de regras, enfim, outro gênero" (p. 2519).

O desrespeito ao nome social gera impactos sobre essas pessoas, que se sentem repetidamente expostas a humilhações e situações constrangedoras. Lana (mulher trans, heterossexual, parda), relembra essas situações de forma dolorosa:

É horrível, Livia, horrível. Porque eu não me identificava com o nome de registro, entendeu? Então era uma coisa difícil pra mim de aceitar, a pessoa me chamar por um nome que eu não aceitava, me chamavam e eu não queria nem responder.

Viviane Vergueiro (2015, p. 204) aponta para a necessidade de que esses processos colonizadores que se dirigem às pessoas trans, como a insistência em se referir a elas por meio do nome de registro, necessitam de enfrentamento, pois:

A dignidade de pessoas trans* ainda está abaixo de pseudoverdades científicas sobre corpos humanos, e de determinações médicas e jurídicas que lhes são impostas goela abaixo. Lembrando que, afinal, eu tenho o direito a me autoidentificar (...). É neste contexto, enfim, que se situa a (ainda) precária utilização de nomes sociais por pessoas trans*, objeto de lutas políticas trans* contemporâneas, particularmente em âmbitos institucionais, como universidades e sistemas de saúde.

A realidade vivenciada nos serviços da APS em São Gonçalo do Amarante se cruza com a que vem sendo vivenciada por pessoas trans em outras partes do Brasil, como nos trazem pesquisas publicadas sobre o tema. Em Vitória, Espírito Santo, a mesma realidade de desrespeito ao nome social foi vivenciada pelas entrevistadas em um estudo sobre dificuldades vivenciadas por pessoas trans no sistema de saúde (Rocon et al., 2016); no Rio de

Janeiro, a realidade também se repete, como em pesquisa realizada por (Romano, 2008) e por Hernández *et. al.* (2022). Apesar de, como citado, entre as normativas do SUS constar o respeito ao nome social, a partir das narrativas das pessoas participantes da presente pesquisa e da interlocução com outros estudos, compreendemos que esse direito vem sendo frequentemente violado, o que impede a garantia de outros direitos, como o acesso universal à saúde por parte de pessoas transexuais e permanência nos serviços, entre outros.

O respeito ao nome social deve ser considerado como uma importante via para a consolidação do acesso de pessoas trans aos serviços da APS, significando também uma postura de acolhimento por parte dos profissionais, criando/fortalecendo o vínculo entre essas/es usuárias/os e o SUS. Uma vez que a pessoa se sente reconhecida, respeitada e acolhida, tende a não se ausentar do serviço de saúde, e é a presença dessas pessoas nas UBS que pode garantir a promoção de saúde e a prevenção de agravos. Silva, Silva, Coelho e Martiniano (2017) apontam para a ausência de travestis e transexuais no SUS, especialmente na Atenção Básica, havendo uma segregação dessas pessoas, que muitas vezes permanecem em acompanhamento somente em serviços especializados, por serem locais em que, frequentemente, existem profissionais capacitados para lidar com questões de identidade de gênero; tal acesso de forma primordial em serviços específicos prejudica o acesso dessas pessoas aos serviços que tem como prioridade a promoção da saúde e a atenção integral às demandas dessas pessoas, como a APS, que é a principal porta de entrada do SUS.

O respeito dos profissionais da área ao adotarem o nome de escolha do usuário em seu atendimento impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços ofertados, reafirma o compromisso de universalidade e equidade do SUS, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades (Silva, Silva, Coelho & Martiniano, 2017, pp. 837-838).

Além da efetivação do acolhimento, através do respeito ao nome social, os autores apontam para a efetivação do princípio da integralidade. Quando os profissionais de saúde reconhecem os danos à saúde de pessoas trans e travestis decorrentes de discriminações e violações, como no caso do desrespeito ao nome social e ao pronome, abre-se espaço para a efetivação de uma assistência integral, considerando o contexto biopsicossocial desses sujeitos, pensando modos adequados de intervir com relação às suas demandas individuais e coletivas. Considerar as discriminações que atingem essas pessoas nos serviços da APS, implementar medidas para conter essas discriminações e tornar esses espaços acolhedores, permite a viabilização de caminhos para a atenção integral à saúde dessa população.

As demandas de saúde de pessoas trans e travestis não podem ser bem acolhidas e respeitadas, assim como o direito à autodeterminação dessas pessoas, somente em serviços especializados para essa população, o que restringiria o acesso dessas pessoas, além de fortalecer uma perspectiva patologizante. Vergueiro (2015, p. 126) refere que, fora desses locais específicos “a desinformação e invisibilidade sobre nossos corpos e gênero consegue ser ainda maior, sem que haja uma devida responsabilização por esta incompetência” e destaca a importância de que haja formação de profissionais voltadas para as diversidades corporais e de identidades de gênero, e não pautadas na cisnormatividade que se pauta na binariedade de gêneros.

Portanto, apontamos como uma demanda urgente, no âmbito da saúde, o respeito ao nome e ao pronome utilizado por pessoas trans e travestis em todas as instâncias do SUS, incluindo a APS, enquanto ordenadora do cuidado e principal porta de entrada do sistema. Na medida em que esse direito não é respeitado, violências são produzidas cotidianamente sobre os corpos e subjetividades de pessoas trans e travestis, gerando afastamento da APS e fazendo com que fiquem desassistidas com relação às suas demandas de saúde.

Assim, a partir do que foi discutido no presente tópico, destacamos que os “processos de invisibilização, inferiorização, patologização e agressão perpetradas por estes sistemas configuram colonialidade que merecem análises críticas e estratégias de enfrentamento antinormativas para além dos paradigmas institucionais e legais” (Vergueiro, 2015, p. 120), o que nos coloca diante do desafio de buscar formas de enfrentamento, produção de saúde, atenção e cuidado no âmbito das micropolíticas, dos aliançamentos coletivos.

Atravessamentos interseccionais na produção de LGBTQIA+fobia nos espaços de assistência à saúde: “As minhas bandeiras eram sempre muito difíceis, porque eu sou mulher, lésbica e sou negra”

“A homofobia, junto com machismo, com o racismo, enfim, eles estão sempre juntos”
(Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca)

A frase acima nos coloca diante da percepção de uma entrevistada na presente pesquisa, sobre como diversas formas de discriminação, como aquelas que se referem à orientação sexual, gênero e raça, se articulam e andam de mãos dadas, o que significa dizer que os diversos marcadores sociais da diferença não podem ser vistos de forma independente na constituição das experiências dos sujeitos. O que significa pensar que a homofobia anda sempre junta com o racismo, por exemplo? Um homem cisgênero, gay e negro, não deixa de lado sua raça ao entrar em um posto de saúde; uma mulher transgênero, branca, não deixa de lado sua transgeneridade quando está em uma sala de atendimento de uma UBS, nem a cor de sua pele. As narrativas compartilhadas na presente pesquisa trouxeram para a discussão como as experiências produzidas na APS articulam, para além da orientação sexual e da identidade de gênero das pessoas LGBTQIA+, outros marcadores sociais da diferença, como raça e

classe, determinantes para a produção de violências e de privilégios; E se buscamos realizar análises antinormativas (Vergueiro, 2017) sobre a complexidade das experiências vivenciadas por pessoas LGBTQIA+ na APS, precisamos trazer a lente analítica da interseccionalidade para nossa discussão. Segundo Collins e Bilge (2021), essa lente analítica se caracteriza pelo entendimento de que, numa dada sociedade, raça, classe, gênero (assim como outros marcadores sociais), se interseccionam nas relações de poder que constituem as relações sociais, não se manifestando como entidades independentes; tais categorias funcionam se sobrepondo, se articulando e atuando nos mais distintos aspectos do convívio em sociedade. Portanto, quando pensamos na atenção à saúde da população LGBTQIA+ na APS, trazemos a interseccionalidade como lente para pensar como diversos marcadores podem se articular na produção de atenção ou desatenção à saúde dessa população, pois, como referiu Carolina, a homofobia caminha junto com o racismo, com o machismo, e assim por diante. Dandara (travesti, bissexual, preta) relata:

Então existe isso, principalmente com mulheres lésbicas a questão da misoginia entra tudo junto, nesse colapso, travestis pretas e gays pretas, etc, quando você é travesti aí é que engloba tudo no babado, porque aí você é preta, é travesti, é LGBT, é pobre...

Dandara traz para a cena a intersecção entre raça, classe, orientação sexual e gênero. O colapso citado pela entrevistada indica como as violências que se direcionam a esses corpos operam na encruzilhada entre os diversos marcadores. Segundo Crewnshaw, a interseccionalidade “trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (2002, p. 177). Logo, trata-se da forma pelo qual esses marcadores se articulam, e não de hierarquizá-las: “Portanto, na heterogeneidade de opressões conectadas pela modernidade, afasta-se a perspectiva de hierarquizar sofrimento, visto como todo sofrimento está interceptado pelas

estruturas” (Akotirene, 2019, p. 28). Ao pensar sobre a saúde da população LGBTQIA+, não podemos pressupor que as desvantagens que recaem sobre essas pessoas se dão de forma igual, pois além da pluralidade intragrupo, a partir das diversas identidades sexuais e de gênero, também se articulam outros marcadores. Roberta (mulher trans, heterossexual, preta) refere o impacto de críticas sobre o seu cabelo e a atitude adotada diante disso: “Na época meu cabelo era bem encaracolado e eu não tinha vergonha de andar com o cabelo bagunçado, alto, pra mim não era bagunçado. Eu acabei alisando meu cabelo por críticas das pessoas. Se não meu cabelo seria cacheado, perfeito.”

O relato de Roberta nos coloca diante da discussão sobre políticas do cabelo, a partir de Kilomba (2019), que nos permite compreender como o colonialismo coloca o cabelo de pessoas negras como uma das marcas mais nítidas da servidão, discriminação e subordinação da negritude. O cabelo “acabou se tornando um símbolo de “primitividade”, desordem, inferioridade e não-civilização (...) então classificado como “cabelo ruim”” (Kilomba, 2019, p. 127). A autora refere, então, que os produtos químicos destinados ao alisamento desses cabelos aparecem como forma de controle e apagamento do que era considerado como repulsivo na negritude. Roberta, uma mulher trans, traz em seu corpo as marcas da transgressão de gênero e de sua raça, nos ajudando a compreender como se interseccionam raça, gênero e sexualidade na produção de vivências desiguais dentro da população LGBTQIA+: “A cena que acompanhamos ajuda-nos a discutir o controle de corpos negros por meio de processos de “desracialização”, como a imposição colonial do alisamento do cabelo de pessoas negras” (Silva et al., 2022, p. 1632).

Segundo Akotirene (2019, p. 14) “A interseccionalidade visa dar instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado”. Segundo a autora, tal perspectiva se fortalece a partir dos feminismos negros, que, desde o início, busca superar a ideia de mulher universal, que seria branca,

heterossexual, cisgênero, de classe média, trabalhando o marcador racial e os privilégios de classe para pensar sobre as relações sociais, a produção de desigualdades e de privilégios. Essa ferramenta passa a ser potente para pensar também opressões vivenciadas por outros grupos, além da categoria mulheres, que também se inserem nas margens das normas estabelecidas socialmente. Interseccionalizar diz respeito, portanto, a pensar sobre como se produzem distintas experiências de ser uma pessoa LGBTQIA+ e buscar assistência à saúde na APS, compreendendo que os marcadores não podem ser vistos separadamente, pois a combinação entre raça, orientação sexual, identidade de gênero, classe, entre outros, afeta de maneiras distintas os diferentes sujeitos que compõem a sigla. Isso significa que as experiências dessas pessoas podem ser vivenciadas de formas diferenciadas, as relações estabelecidas com os serviços de saúde serão construídas a partir dos privilégios produzidos por esses marcadores, assim como pelas discriminações potencializadas por eles. Buscamos, com a lente da interseccionalidade, “uma forma de entender e explicar a complexidade do mundo, das pessoas e das experiências humanas” (Collins & Bilge, 2021, p. 17). Como se vivencia um atendimento à saúde sendo uma mulher trans negra e sendo uma mulher trans branca? Que privilégios a branquitude oferece a um corpo que transgride as normas de cisgeneridade? Lana (mulher trans, heterossexual, parda) também traz a percepção de como tais marcadores se articulam na experiência de mulheres trans:

É muito diferente a discriminação pra uma mulher trans branca e pra uma mulher trans negra. É tanto que pelo fato de você ser uma mulher trans e ser uma mulher negra, o preconceito cai o dobro em cima, as pessoas realmente julgam por você ser uma mulher trans, julgam porque você é uma mulher negra. Tem a questão do machismo também, só pelo fato de você ser uma mulher trans, eles acham que você vai aceitar tudo, vai ter que apanhar, vai ter que sofrer, mas não é assim que funciona, entendeu?

Ao afirmar que o preconceito cai em dobro em cima de uma mulher trans e negra, Lana nos coloca diante da percepção de que, no corpo dessa mulher, não há perdão para sua transgeneridade e nem para a cor da sua pele. E, por ser uma mulher “menos verdadeira”, recai sobre essa mulher a obrigação de suportar violências diversas produzidas e validadas pelo machismo. Raça e gênero se interseccionam nas relações de poder que direcionam para esses corpos violências, e a experiência psicossocial da opressão constitui-se interseccionalmente: “A interseccionalidade nos permite partir da avenida estruturada pelo racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, em seus múltiplos trânsitos, para revelar quais são as pessoas realmente acidentadas pela matriz de opressões”. (Akotirene, 2019, p. 29). Cria-se a ficção de que para esse corpo só pode haver agressão e sofrimento, aprisionando esse sujeito em um lugar de abjeção indiscutível. Consideramos, portanto, que “o machismo, sexismo, LGBTQIAP+fobia, racismo e classismo atuam nas maneiras de tornar uma vida invivível, quicá matável e morrível” (Silva *et al.*, 2022, p. 1625).

Quando refletimos sobre as opressões vivenciadas por mulheres cisgênero, mulheres trans e travestis, concordamos com Nascimento (2021), que destaca que essas opressões se dão de formas díspares, não estando apenas relacionadas às opressões masculinas, destacando a importância de entendermos como se dão as diversas opressões que atravessam os corpos de pessoas trans, que reivindicam suas mulheridades e feminilidades. Trazendo como exemplo a aplicação do silicone industrial nos processos de construção corporal, Carvalho e Menezes (2021) afirmam que o desejo/necessidade de construção de um determinado corpo é um fenômeno que engloba múltiplos fatores, não podendo ser visto de forma simplista. Um dos pontos relacionados à questão diz respeito à falta de acolhimento e acesso aos serviços especializados para a colocação de próteses cirúrgicas no serviço público, havendo demora e dificuldades em acessar o serviço; ao mesmo tempo, no setor privado os custos tornam o serviço inacessível para parte das pessoas trans, o que traz a intersecção com classe social na

análise dessa questão de saúde relacionada a pessoas trans e travestis. A busca pelo recurso do silicone industrial também está relacionada à necessidade de aumentar partes do corpo associadas a feminilidade, apagando traços masculinos, por exemplo, numa intersecção às construções de gênero.

Carvalho e Menezes (2021) apontam que a forma como se vivencia a LGBTQIA+fobia nos espaços de saúde se dá em articulação aos demais marcadores sociais da diferença que atravessam esses corpos. Sendo o Brasil um país estruturalmente racista, a intersecção entre raça/etnia e a identidade de gênero aparece na fala de Dandara como articulações que atravessam suas existências produzindo uma “Discriminação mista ou composta. Trata-se do efeito combinado da discriminação racial e da discriminação de gênero” (Crenshaw, 2004, p. 12).

Esses impactos são inegavelmente aguçados quando se é uma mulher trans negra. A produção desses corpos é atravessada pela opressão racista, classista e de gênero, que resulta tanto na tarefa exaustiva de reafirmar-se como mulher trans, como na tentativa de rasurar seu gênero e raça (Nogueira, Leitão & Silva, 2021, p. 40).

Dandara, Roberta e Lana são pessoas trans e todas se apresentaram como pessoas negras (duas pretas e uma parda). Entre as experiências compartilhadas, situações de desrespeito ao nome social, ao pronome feminino, dificuldades no encaminhamento aos serviços especializados para pessoas transexuais, situações de constrangimento, desatenção às questões de saúde, entre outras. Como refere Mombaça (2017, p. 9):

Espancamentos públicos, omissão médica, espetacularização das mortes, naturalização da extinção social, genocídios, processos de exclusão e violência sistêmica formam parte da vida diária de muitas pessoas trans*, assim como sapatonas, bichas e outras corpos dissidentes sexuais e desobedientes de gênero, especialmente as racializadas e empobrecidas.

As narrativas nos alertam para a constante violação dos direitos dessas mulheres nos serviços de saúde, com a frequente invalidação de suas identidades de gênero e a produção de violências simbólicas, como punição pela transgressão à cisheteronormatividade. Mas as narrativas também indicam um caminho de rompimento com a subalternização a qual são submetidos corpos dissidentes. Como afirma Nascimento (2021, p. 49):

Podemos nós, mulheres trans negras, falar de nossas existências de modo a questionar as ordens racistas, sexistas e imperialistas que ordenam o mundo? (...) Abrir nossas experiências pessoais é doloroso, mas é um processo poderoso de denúncia das violências vivenciadas pelas sujeitas do feminismo. (...) insistimos em romper com os círculos silenciosos de nossas opressões (p. 49).

Quando Roberta, Dandara e Lana falam de suas experiências e denunciam as transfobias cometidas contra elas em diferentes UBS, operam um questionamento às ordens cisheteronormativas que constituem a APS e o sistema de saúde como um todo, denunciando o fracasso da garantia do atendimento integral à saúde de pessoas LGBTQIA+, da universalidade do acesso para essa população, e da equidade como princípio básico do SUS.

Destacamos que a não-generalização de experiências de mulheres trans mostra-se como essencial para a articulação política, a luta pela ocupação de espaços que seguem negados a certos corpos e permitidos a outros, assim como a serviços e instituições. Vergueiro (2015) refere, a partir de uma constatação autoetnográfica, que sua identidade de gênero esteve atravessada a outros vetores normativos aos quais esteve atrelada (ou não). Nesse sentido, aponta que perceber a forma pela qual as identidades de gênero se interseccionam a padrões corporais de raça, classe, entre outros, se torna essencial para que não cometamos o erro de generalizarmos experiências de mulheres trans, considerando-as como um grupo homogêneo: “Compreender as pluralidades em nossas vozes significa complexificar visões simplificadoras sobre qualquer grupo social e, conseqüentemente, articular lutas por

transformações sociais a partir de paradigmas de diversidades, e não de pautas supostamente comuns” (Vergueiro, 2015, p.31).

Em articulação ao que aponta Vergueiro, trazemos reflexões de Jaqueline de Jesus (2014), sobre o fato de pessoas transgênero serem, muitas vezes, consideradas somente com relação à sua identificação de gênero como trans, ocorrendo o apagamento de que são seres humanos com orientação sexual, cor/raça, idade, origem geográfica, deficiências, etc. Ou seja, para além de uma transgeneridade, existem outros marcadores que constituem as histórias, experiências, demandas, desejos e vidas de pessoas trans, e a generalização dessas existências nos leva ao erro de considerarmos que suas questões de saúde se resumem às cirurgias, às mudanças corporais, e assim por diante, levando o sistema de saúde a uma invisibilização ainda maior desses sujeitos e de suas demandas. Trata-se, portanto, de compreender essas vozes como plurais, evitando a simplificação de suas demandas de saúde e o apagamento desses sujeitos na APS.

Consideramos que, ao sermos pessoas LGBTQIA+, estamos suscetíveis à determinadas violências, entretanto, vivenciamos tais violências de formas desiguais, na medida em que também somos (ou não) identificados com outros grupos minoritários: “Não se trata de definir quem sofre ou se arrisca mais, mas de reconhecer que a distribuição demográfica desigual de precariedade também comparece no interior das categorias” (Menezes & Martinhão, 2018, p. 63). A articulação ao marcador racial também aparece na narrativa de outras pessoas entrevistadas, como Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra), que afirma: “Essa mistura de bandeiras, tudo é mais complicado, sabe? E eu sempre dizia, né, que as minhas bandeiras eram sempre muito difíceis, porque eu sou mulher, lésbica e sou negra. (...) Então o racismo é muito foda.”.

Veiga (2021) se refere ao homem - branco - cisgênero - heterossexual, como o modelo estabelecido como padrão em nossa sociedade: e o padrão somente pode ser estabelecido a

partir de algo que é colocado fora dele. Assim, é esse sujeito universal, padronizado, considerado como o sujeito que necessita receber atenção à sua saúde, que precisa ser escutado e acolhido para que suas demandas sejam atendidas, pois não é o sujeito humano universal. Assim, mulheres, pessoas trans, pessoas negras, indígenas, gays, foram colocadas fora do que se considera como padrão, a partir da negação de seus modos de ser, o que ocorre por meio de um processo violento, que envolve a desassistência e a marginalização desses corpos. Segundo o autor, a norma homem-branco-cis-hetero exerce um efeito colonizador sobre as demais subjetividades, no sentido de impor-se violentamente sobre esses corpos, por considerá-los menores. Os mecanismos do racismo tornam o sujeito negro em um/uma Outro/a, diferente do "eu" que representa a pessoa branca, por meio de mecanismos de negação realizados pela branquitude (Kilomba, 2010). Essa negação se dá sobre aspectos negativos da própria branquitude que são projetados à pessoa negra. A autora reflete que grande parte da literatura sobre o racismo não discute a posição ocupada por mulheres negras na sociedade, nem as formas através das quais gênero e sexualidade se articulam à raça.

A concepção utilizada em muitas políticas negras, segundo a autora, gira em torno de um homem negro heterossexual, invisibilizando a experiência de mulheres e pessoas LGBTTQIA+ negras. Assim, na medida em que o homem negro se torna o Outro, mulheres negras se tornam *o Outro do Outro*, pois não são nem brancas, nem homens. Sousa e Figueiredo (2022) trazem a noção de que mulher negras e lésbicas tornam-se o *Outro, do Outro, do Outro*, uma vez que também fogem à normativa heterossexual. Portanto, pensar as vivências de mulheres negras lésbicas no sistema de saúde, implica considerar violências que decorrem da branquitude como norma e heteronormatividade compulsória, ao que Mari se refere como mistura de bandeiras, por ser uma mulher lésbica e, ao mesmo tempo, uma mulher negra: tais vivências não se dão de forma separada e é no cruzamento desses marcadores que as opressões se fortalecem sobre certos corpos.

Sousa e Figueiredo (2022) citam que em uma pesquisa realizada com mulheres negras lésbicas e sapatonas, uma das interlocutoras relacionou a branquitude ao fato de a mulher ser lida como lésbica e a negritude a mulheres vistas como sapatonas, o que traria para o debate o marcador racial garantindo a ideia de lesbianidade “aceitável”, uma vez que o termo sapatão ainda aparece carregado de estigmatizações em nossa sociedade, sendo utilizado, com frequência, de modo pejorativo. Mari, ao falar sobre uma experiência de sua infância, refere ter sido chamada de sapatão ainda na escola, após abraçar uma colega. Em uma de suas falas, Mônica (mulher cisgênero, bissexual, parda) indica também a relação entre uma performance de gênero masculina à nomeação de “sapatão”. Já Carolina, que é cisgênero, lésbica e branca, afirma que costuma ser lida como heterossexual em muitos espaços. Se entrelaçam aspectos referentes à branquitude e à cisheteronormatividade na demarcação de certos corpos que passam a ser inferiorizados diante de outros, que passam a deter privilégios:

Uma pessoa preta, um homem gay preto sofre bem mais do que eu por ser um homem gay branco. E eu vou te falar outra coisa, uma questão, eu sou da umbanda, isso só pesa mais ainda a questão de ser gay e ser da umbanda. Homem gay e preto vai sofrer mais do que eu, porque existe a questão do racismo. Quanto mais diferente você for, quanto mais fora do comum, que eles colocaram que é comum, entre eles, então quanto mais fora do comum você for, mais você vai sofrer, eu não tenho dúvidas disso (Gustavo, homem cisgênero, gay, branco).

Segundo Aparecida Bento (2009), a branquitude diz respeito a identidade racial do branco brasileiro, que é visto como modelo universal de humanidade, para quem se destinaria a inveja de grupos raciais não-brancos, vistos como não tão humanos. Como característica dessa branquitude, um dos pontos fundamentais diz respeito ao pacto narcísico, um acordo entre brancos, para não se reconhecerem enquanto parte fundamental para a permanência das desigualdades raciais no Brasil. Pessoas brancas se colocam como modelo universal e

destinam a pessoas negras os problemas que originam a desigualdade racial no país, apagando a própria racialização, logo, a branquitude se constitui enquanto lugar de privilégios simbólicos e objetivos: “Vejamos o branco como sistema político, em que raça, classe e gênero proporcionam uma experiência imbricada de privilégios” (Akotirene, 2019, p. 28). Assim, a branquitude, ao lado da cisheteronormatividade, se constituem enquanto estruturas que “potencializam o discurso do que é vivo e, ao mesmo tempo, “naturalizam” o esvanecimento do corpo, da narrativa e da presença dos que são forçados como subalternos” (Teixeira, 2020, p. 3). Assim, precisamos considerar o entrecruzamento desses marcadores na construção de privilégios a LGBTQIA+ e brancas, diferentemente do que é experienciado por pessoas LGBTQIA+ negras. Teixeira (2020) aponta que o pacto da branquitude e da cisheteronormatividade é genocida, e a manutenção dessas normas produz a privação de lugares de prestígio moral, político e social para pessoas negras e LGBT. Logo, a articulação desses sistemas de poder demarca corpos de pessoas LGBTQIA+ negras e impedem veemente o acesso desses sujeitos à saúde, atuando de forma a promover a invisibilização e o extermínio.

Gustavo articula, a partir de sua narrativa, a perspectiva de que sua vivência, enquanto homem gay branco, é atravessada de forma negativa por sua religião, que é alvo de preconceitos por ser uma religião de matriz africana. Associa, então, a experiência de homens gays negros a um maior sofrimento em decorrência do preconceito racial. Veiga (2021) afirma que, ainda que pessoas negras nascidas pós-abolição não tenham vivenciado os mesmos horrores de seus antepassados, as memórias do período da escravidão são sentidas em seus corpos, inclusive pelo fato de vivermos em um país no qual múltiplas políticas de embranquecimento continuam sendo colocadas em movimento, desde a abertura do país para a entrada de imigrantes europeus. Assim, no Brasil, a racionalização branca relaciona o senso de humanidade à branquitude, logo, quanto mais distante da brancura, menos humano se é, e

peessoas negras vivenciam constantemente a sensação de diáspora, de não pertencimento a este lugar. Gilberto também teceu comentários sobre essa articulação:

E aí se for, se a gente for entrar na etnia, aí minha filha o buraco vai ainda muito mais embaixo, porque os negros já sofrem preconceito só porque nasceu.

Independentemente de ser hetero, de ser gay, de ser bi, enfim, imagine se ele ainda for uma pessoa LGBTQIA+. Então assim, é um preconceito que vai ser muito mais maximizado (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo).

A narrativa de Gilberto traz a percepção de inevitável preconceito vivenciado por uma pessoa negra, com a ideia de potencialização desse preconceito quando se trata de uma pessoa LGBTQIA+. Veiga (2021) afirma haver uma produção discursiva e imagética através da qual a pessoa negra é apresentada como inferior, perigosa, incapaz, gerando uma acumulação negativa de discursos em torno da negritude, e uma acumulação positiva em torno da branquitude; segundo o autor, há sempre o risco de sofrer uma violência racial ao sair de casa, seja uma violência "sutil", seja um homicídio. Quando articulamos a descoberta da homossexualidade por garotos negros, apontamos a vivência de uma segunda diáspora, uma vez que a homossexualidade retira dessas pessoas (pela segunda vez) a possibilidade de integração, de acolhimento, inclusive dentro de suas próprias comunidades, família, movimentos sociais, entre outros (Veiga, 2021).

Assim como se vivenciam diversas expressões da LGBTQIA+fobia na APS, o racismo aparece como atravessador das experiências de pessoas negras no sistema de saúde. A ideia de que o Brasil não é um país racista prevalece forte no imaginário social, o que significa que práticas racistas comumente não são reconhecidas como tal. Borret, Silva, Jatobá, Vieira e Oliveira (2020) afirmam que a garantia ao acesso universal e equânime aos serviços de saúde, segundo consta na constituição, não vem garantindo para pessoas negras a mesma qualidade de assistência ofertada à população branca. Trazem a perspectiva do racismo institucional

como aquele que se traduz na institucionalização de práticas racistas em políticas, organizações, instituições etc., que direcionam tratamento desigual baseado na raça do sujeito. Consideramos, portanto, que as identidades sexuais e de gênero da população LGBTQIA+ se constroem em articulação a outros marcadores, como raça e classe, e essa articulação se relaciona às experiências vivenciadas na APS, o que produziria para a população LGBTQIA+ negra múltiplas dificuldades no acesso e na atenção integral à saúde no âmbito da atenção primária.

Gênero e sexualidade também se articulam de maneira complexa na produção de situações vivenciadas na APS, como invisibilizações, discriminações e outras violências:

Um amigo que é gay, branco, é heteronormativo, porque tem trejeitos masculinos, ele ser tratado de uma forma, e eu, pardo, mais afeminado... A mesma coisa que eu também já vi com amigas minhas lésbicas... Ah porque aquela é a mais machona, é a caminhoneira, mas aquela outra que se maquia, é assim, ela é bem mais tratada. Então até nisso, existe a diferença assim, são várias camadas. (...) É nítido, quando você vê por exemplo, quando vai um gay mais afeminado em algum canto, algum posto (de saúde), o jeito que as pessoas ficam ali olhando, sabe? Tipo assim, diferente do gay que é mais parrudinho (sic)... É nitidamente como eles vão lhe tratar de forma diferente. (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo).

Nessa articulação, Carvalho e Menezes trazem reflexões sobre o “armário” como um dispositivo político de subalternização de pessoas LGBTQIA+. Os autores citam Almeida (2010 citado em Carvalho e Menezes, 2021, pp. 26-27):

“Estar no armário” significa não ter assumido perante os outros a sua orientação sexual; “sair do armário” significa fazê-lo e assim estabelecer um ritual performativo que simultaneamente restitui o sujeito enquanto homossexual e obriga o entorno social a reconhecer a existência de (mais) um ou uma homossexual.

Na discussão sobre estar ou sair do armário, os cruzamentos entre sexualidade e gênero ganham importante destaque, uma vez que a certos corpos é possível a escolha sobre permanecer ou não no armário, como forma de proteção com relação à LGBTQIA+fobia, por exemplo, e a outros corpos não é dada essa opção. Como referem os autores, aqueles e aquelas nomeados como “viado”, “sapatão” e “traveco” são sujeitos que expressam uma sexualidade dissidente por meio das performances de gênero, ou seja, os estigmas serão associados a corpos que expressam uma feminilidade estando em um corpo lido como masculino e vice-versa. Para esses corpos não há a possibilidade do armário, se tornam alvo de estigmas de forma mais violenta e persistente. Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra), também considera que há diferença no tratamento, nos espaços da APS, endereçado a corpos que performam um gênero diferente daquele lido socialmente:

Se você é um homem gay, mas você é um homem gay padrão, não afeminado, é outro tratamento. Se você é um homem gay afeminado, é outra questão. Se você é um homem gay afeminado e negro, pronto! Aí já é demais.

As experiências de homens gays afeminados (assim como de mulheres masculinas) borram as fronteiras entre a masculinidade e a feminilidade (Belarmino, Dimenstein & Leite, 2022), confundem a cisheteronorma que busca organizar as relações sociais, logo, geram sobre esses corpos desafiadores restrições e estigmatizações. Carvalho e Menezes (2021) falam sobre a discrepância entre a identidade social virtual (aquilo que imaginamos sobre um indivíduo) e a identidade social real (características que de fato aquela pessoa apresenta), que produziria o estigma sobre os sujeitos. Citam, como exemplo, homens gays afeminados, pois a forma como se expressam, lida socialmente como uma forma feminina de ser, produz sobre seus corpos uma identidade social virtual, com características como promiscuidade, fragilidade e futilidade sendo associadas a eles, produzindo, assim, o estigma da homossexualidade.

Um corpo de um homem cisgênero afeminado que adentra um posto de saúde recebe atenção por estar violando as normas de gênero e por ser lido automaticamente como gay, e estar violando as normas de sexualidade, e assim se torna alvo: seja de olhares, piadas, ausência de acolhimento e atenção, injúrias e ofensas, piadas, e assim por diante:

- Os profissionais ficarem comentando entre si. “Ai que fulano era assim e agora é assado... olha essa aí, essa aí tá num sei com quem, ficam comentando entre si, comentários desnecessários. (...)”
- Ficam comentando informações sigilosas?
- É, entre si... do tipo.... comentando mesmo da pessoa. Fulana tinha um relacionamento com um cara e hoje tá vivendo com outra pessoa... Às vezes aparece uma pessoa e diz, ah essa aí namora num sei com quem... Essa aí agora é sapatão... esse tipo de comentário (Mônica, mulher cisgênero, bissexual, parda).

Carvalho e Menezes (2021) refletem sobre a dificuldade de realizar uma separação estrita entre o que afeta gays, lésbicas e bissexuais, e o que afeta pessoas transexuais: aos primeiros caberia falar de questões de sexualidade e às segundas caberiam questões sobre identidade de gênero. Na complexidade das experiências, referem ser um risco simplificar o problema dessa forma, pois são marcadores que se interseccionam. Os autores também pensam o armário como condição de garantia de respeitabilidade para pessoas LGBTQIA+. Carolina compartilha uma experiência em que foi lida como heterossexual, por ser vista como feminina e por ser muito bonita: “Eu mesma já recebi um comentário absurdo que eu preferi nem responder. Foi assim: tu é lésbica? Tu é tão bonita e tão feminina! E eu pensei: uma coisa não tem nada a ver com a outra.” (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca). Mônica (mulher cisgênero, bissexual, parda) também aponta reflexões nesse sentido:

Então, se aparece uma mulher mais afeminada... tipo, todos vão achar que ela é hetero. Se ela já vier com aparência mais masculina, já vão dizer “ai.... ela é sapatão”; eu acho que tem, que realmente as pessoas discriminam mais pela aparência.

O que está sendo posto, pelas/os participantes do estudo, diz respeito a articulação entre orientação sexual e gênero. A análise interseccional sobre a vivência de pessoas LGBTQIA+ não teve tanto destaque nas narrativas das/os profissionais participantes, diferentemente do que ocorreu nas falas de pessoas LGBTQIA+, uma vez que a entrevista possibilitou o diálogo mais direto sobre esse ponto. Trazemos uma reflexão de um dos médicos participantes, no que diz respeito ao presente tópico de análise:

Pensando homens gays menos afeminados que discriminam homens gays mais afeminados, como se estivessem na forma errada de ser gay, ou a forma errada de ser travesti. Tá entendendo? E nos profissionais de saúde, nas pessoas que frequentam o ambiente de saúde existe isso também. Por exemplo, se for, vamos dizer, uma mulher trans franzina, de pele mais clara (...) é socialmente mais aceitável: ah, ela nasceu como mulher. Enquanto se fosse um homem negro, forte, grande, não, ali.... aquilo ali, um homem negro, um negão, falar o popular, um negão desse jeito sendo viado, é inaceitável pra população, tá entendendo? (Breno, médico, homem cisgênero, heterossexual, preto)

Vieira (2015), reflete sobre a articulação entre cisgeneridade e heterossexualidade, referindo que, apesar de necessária, a separação entre identidade de gênero e orientação sexual não deve limitar as perspectivas de nossas análises, pois esses vetores se articulam na produção das experiências e identidade dos sujeitos. A autora reflete sobre duas figuras públicas do cenário musical brasileiro: Maria Gadú e Zélia Duncan. Apesar de ambas serem lidas como cisgênero, não se adequam àquilo que é imposto socialmente como feminilidade, o que faz com que ambas acessem precariamente a cisnormatividade. Logo, nos convida a

refletir sobre a cisgeneridade e nas diversas possibilidades de acesso a essa categoria:

Mulheres cisgêneras masculinizadas e homens cisgêneros afeminados são, portanto, inferiorizados dentro da cisnorma, o que ocorre nos casos de mulheres cis, lésbicas, que performam uma masculinidade, e no caso de homens cis, gays, que performam uma feminilidade:

Mulheres masculinizadas têm acesso a uma cisgeneridade fragilizada, uma vez que são lidas como “menos mulheres”, assim como homens cis afeminados são lidos como “menos homens”. É importante salientar que isso não significa que estes sujeitos não sejam cisgênero, mas que, acessam a uma performance de gênero subalterna, considerada inferior aos olhos da norma de cisgeneridade hegemônica” (2015, n.p).

Assim, a performance de gênero de alguns sujeitos passa a ser indicador de uma orientação sexual dissidente, o que os torna alvos de estigmas de forma violenta, e se tornam alvos de falas pejorativas a partir da leitura que fazem sobre seus corpos. Na mesma medida, aquelas e aqueles que não performam um gênero contrário ao que está inscrito em seu corpo biológico tem a escolha de permanecer no armário, muitas vezes como forma de proteção diante das violências nos diversos espaços público, incluindo os espaços da saúde.

Como referem Carvalho e Menezes (2021), ao não evidenciar a dissidência sexual e/ou de gênero, uma pessoa LGBTI (termo utilizado pelos autores) se torna alvo de maior respeitabilidade, mesmo que, discursivamente, se apresente como LGBTQIA+. Ou seja, é possível respeitar um homem gay, desde que não performe uma feminilidade e não seja um gay afeminado. É possível respeitar uma mulher lésbica, desde que não seja uma lésbica masculina. É possível respeitar uma mulher trans, desde que não seja vulgar e busque se ajustar, o máximo possível, numa feminilidade dócil e meiga. É o que Oliveira (2013, p. 69) nomeia como homonormatividade, que diz respeito a “Uma “modalidade particular da heteronormatividade, através da qual mostra como a população gay e lésbica se torna

aceitável aos olhos da heterossexualidade hegemônica através de uma progressiva conformidade à heteronormatividade”. Vão se criando hierarquizações entre o gay aceitável, a lésbica aceitável, a transexual “verdadeira”, e inferiorizando-se corpos que não se adequam às normas de gênero.

Alan (homem cisgênero, gay, pardo) aborda a questão da passabilidade, ao associar possíveis privilégios vivenciados por ele por ser um homem cisgênero que não é lido como gay nos espaços:

Eu acredito, por ser passável... A pessoa não vai olhar no seu rosto e dizer que você é gay! Ela não vai ter certeza, a não ser que você fale, então por ser passável acredito que eu tenha, que eu não tenha percebido tanto isso.

Segundo Duque (2020) a experiência de passabilidade envolve pessoas cisgênero e transgênero, sendo produzida a partir da intersecção entre raça, gênero, sexualidade, entre outros marcadores. Se relaciona a processos históricos complexos e amplos, e como indicam Carvalho e Menezes (2021, p. 29): “o termo passabilidade é entendido como a possibilidade/capacidade que uma pessoa dita “anormal” tem de se passar pelo dito “normal”.” Ou seja, diz respeito a experiências de pessoas homossexuais serem entendidas socialmente como heterossexuais, como no caso de Alan e Carolina, ou pessoas transexuais serem lidas como cisgênero.

Como referido, Duque (2020) considera que a passabilidade envolve pessoas cisgênero e transgênero, mas precisamos tensionar a falsa oposição de que existem pessoas "naturais" (cisgênero) e pessoas "não-naturais" (transgênero), ainda que esse regime envolva os dois grupos de pessoas. Quando Alan nos fala sobre o privilégio associado a ser uma pessoa cis, também precisamos considerar o que Favero (2020 como citado em Duque, 2020) traz sobre a cisgeneridade ser associada a outros marcadores sociais, não sendo ela sozinha garantidora do "privilégio cis" com relação às experiências de pessoas trans. São os diversos marcadores

sociais da diferença, interseccionados, que produzem privilégios com relação à passabilidade ou não. Peçanha (2021) se refere à leitura social cisgênera, e que tal leitura, ou seja, a percepção ou não de que uma pessoa é trans, atua diretamente na produção de violências ou proteção.

Corpos LGBTQIA+ que experienciam a passabilidade apresentam a possibilidade de utilizar-se disso como forma de proteção diante de olhares, injúrias, violências diversas às quais podem ser submetidos nos espaços de saúde, optando pela “ocultação” da orientação sexual, por exemplo, em atendimentos nas UBS. Já os corpos que não apresentam a passabilidade, como, por exemplo, homens gays e mulheres lésbicas cisgênero que não performam o gênero tal qual o sexo biológico, os já referidos “homens afeminados” e “mulheres masculinas”, ou pessoas trans lidas como pessoas trans, se tornam o alvo prioritário. Carolina aborda essa questão ao falar sobre a possibilidade de escolha entre expor ou não sua orientação sexual, pois é uma mulher cisgênero e vista socialmente como heterossexual, pois expressa uma feminilidade que é relacionada a corpos de pessoas heterossexuais.

Eu acho bem mais problemática a questão da identidade de gênero. Porque a questão da orientação sexual a gente pode “esconder”, eu como mulher cis posso esconder tranquilamente. Só vai saber quem me perguntar e se eu quiser falar, porque eu posso também omitir isso, né? Mas uma pessoa trans, por exemplo, não tem como disfarçar, está ali com ela, bem exposto, então eu acho que pra essas pessoas é bem mais problemático (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca).

Entendemos, como Carvalho e Menezes (2021), que essa categoria explica quais corpos possuem maior possibilidade de respeitabilidade, sendo esses corpos os que apresentam performances de gênero próximas à cisnormatividade. Duque (2020) entende a passabilidade como um regime de (in)visibilidade, indo além de proibições e autorizações,

refletindo “uma relação de poder sofisticada, pois não se baseia em proibições diretas, antes em formas indiretas, mas altamente eficientes, de gestão do que é visível e aceitável na vida cotidiana” (Miskolci, 2017, p. 62 como citado em Duque, 2020, p. 36).

O autor aponta que esse regime envolve diversos códigos e valores que são entendidos pelas pessoas envolvidas, ou seja, passa a ser compreensível como um corpo pode “passar por” outro, e aquelas e aqueles que não usufruem de tal privilégio também têm conhecimento disso, pois acessam os mesmos códigos e valores. Por meio desses códigos, como, por exemplo, o que é um gay afeminado ou o que é uma mulher masculina, os sujeitos podem fazer escolhas, mudando formas de agir, de se comportar, visando uma invisibilização como forma de proteção, o que foi narrado por Carolina e Jean:

Os meninos gostam de falar que eu ainda consigo passar despercebido, porque eu não tenho tanta aparência, mas eu tenho muito amigo meu que é preto, que é gay, que tá passando pela transição, que se identifica com outro gênero, e que eu vejo que sofre bastante (Jean, homem cisgênero, gay, pardo).

A fala de Jean aponta para o mesmo “privilégio cis” referido por Alan, articulando, na sua fala, outro marcador social importante na produção das experiências de LGBTQIA+fobia dos sujeitos que acessam o sistema de saúde: a raça. Como trazem Porto, Silva e Gugelmin (2021, p. 221), “não possuir uma cor de pele socialmente marcada ou performar gêneros inteligíveis – que não haja dúvida se alguém é homem ou mulher – ,(e acrescentamos hetero ou homossexual) pode ser a diferença entre a segurança e a violência”.

A narrativa de Jean nos ajuda a refletir sobre os corpos, em si mesmos, não serem suficientes para indicarem as dissidências (de gênero, sexualidade), pois, como indica Duque (2020), estas são situadas historicamente, por meio dos processos de produção de diferença, que se dão através de marcadores sociais que não estão pré-estabelecidos de forma isolada ao contexto social; por isso se faz importante a compreensão da passabilidade por uma lente

analítica interseccional, pois é essa lente que nos dá condições de compreender a forma como opera o regime de (in)visibilidade da passabilidade.

O marcador social da raça se torna extremamente relevante para analisarmos as experiências de (in)visibilização, assim como gênero e sexualidade; mas tais marcadores são relevantes a partir do contexto social no qual essas experiências são produzidas, pois refletem a cisheteronormatividade que opera regulando as relações e a branquitude como sistema norteador de produção de privilégios e violências entre pessoas brancas e negras.

Refletindo sobre experiências de invisibilização da orientação sexual ou da identidade de gênero por parte de pessoas LGBTQIA+, quando decidem ocultar ou “passar por”, apontamos para a complexidade da discussão. Ao refletir sobre experiências de pessoas trans que buscam a invisibilidade sobre sua transgeneridade, Duque (2021) aponta que essa busca indica o quanto a realidade vivenciada por pessoas trans no Brasil é violenta, fazendo que esses sujeitos desejem a possibilidade de invisibilidade. Assim, a passabilidade garantiria maior segurança a essas pessoas, menos constrangimentos e violações, se configurando como uma forma de produção de saúde (Porto, Silva & Gugelmin, 2021), por significar a diminuição da probabilidade de que essas pessoas se tornem vítimas de práticas LGBTfóbicas, garantindo o uso de banheiros públicos e com menor risco de adoecimentos mentais/físicos, por exemplo. Porto *et al.* (2021) apontam para o paradoxo entre a invisibilidade que se busca por meio da passabilidade (não ser alvo de discriminações) e a visibilidade que também se busca: ser reconhecida com o gênero com o qual a pessoa se identifica, e não com o gênero designado ao nascimento.

Ao mesmo tempo, Demétrio (2019, p. 10 como citado em Duque, 2020, p. 43) reflete sobre o sistema da passabilidade reafirmar a cisheteronormatividade como orientação a ser seguida inclusive por corpos de pessoas LGBTQIA+: “se por um lado, a passabilidade trans possibilita maior ‘reconhecimento social’, e segurança social para muitas pessoas trans e

travestis, por outro, pode ser uma armadilha cis-política”. Nessa mesma direção, Cavalcanti (2016) afirma que pessoas trans estão sendo submetidas de forma constante a análises sobre sua veracidade enquanto pessoas trans, e que o ponto máximo dessa régua regulatória seria uma passabilidade cisgênera, ou seja, ser lida como pessoa cisgênera em todos os contextos que habita; o que, em nossa visão, se articula às reflexões de Demétrio, sobre a reafirmação de uma cisheteronormatividade.

No caso de pessoas trans, também se torna importante a reflexão sobre a passabilidade e o uso do banheiro, inclusive nos espaços da APS:

Tem locais que tipo não aceitam você usar o banheiro feminino... Lá onde eu faço atendimento os banheiros de lá são unissex sabe? Não tem feminino ou masculino, é unissex, e em locais assim, em posto de saúde é masculino e feminino, e aí eu vou no feminino e fico assim olhando pra ver se alguém vai falar alguma coisa, se vai repreender você de usar o banheiro feminino (Lana, mulher trans, heterossexual, branca).

Cavalcanti (2016) afirma haver uma régua que mede quais corpos serão autorizados a utilizar o banheiro, a partir de certo nível de masculinidade e de feminilidade: quanto maior passabilidade experimentar um corpo trans, mais autorizado estará a utilizar aquele espaço livre de constrangimentos. Pautar o uso dos banheiros se torna relevante, uma vez que ainda é uma temática geradora de inúmeras discussões, não somente no âmbito dos equipamentos de saúde, e inúmeras pessoas trans são submetidas a constrangimentos e violências nas disputas pelo uso desse espaço. Não temos a pretensão de esgotar a discussão, e sim de apontar a complexidade da questão da passabilidade, considerando que envolve diversos marcadores sociais da diferença, assim como a busca legítima de pessoas LGBTQIA+ por mais segurança e menos discriminações.

As diversas faces da LGBTQIA+fobia na sociedade e nos espaços de saúde são produzidas em aliança a diversos marcadores sociais da diferença. Consideramos que nosso olhar para as experiências aqui compartilhados não pode buscar experiências universais ou generalizações sobre como se acessa a APS sendo um homem gay, uma mulher lésbica, uma pessoa trans, uma pessoa bissexual, pois tais vivências não se constituem somente a partir da orientação sexual e da identidade de gênero desses sujeitos.

É necessário que os profissionais da APS se tornem alfabetizados com relação às questões de gênero, sexualidade, raça, classe, pois devem atuar buscando a promoção de equidade nos serviços de saúde (Silva, Rosa e Gagliotti, 2021), e não invisibilizando as experiências dessas pessoas, ou produzindo práticas discriminatórias. Sem tal letramento, essas/es profissionais continuarão ofertando uma atenção à saúde a partir da cisheteronormatividade e da branquitude, ferindo constantemente os direitos dessas/es usuárias/os e impactando em seus processos de saúde.

Ao trazermos para o debate a lente da interseccionalidade para pensarmos as experiências de pessoas LGBTQIA+ na APS, consideramos que o reconhecimento das especificidades de saúde de um grupo, como a população LGBTQIA+, por si só se mostra como um desafio para as práticas dos serviços de saúde; ampliar esse olhar para a perspectiva interseccional permanece como um desafio ainda maior, como referem Nogueira, Leitão e Silva (2021), mas urgente, pois as violências permanecem no cotidiano dos serviços, de forma sutil e negada, na maioria das vezes, mas impactando no acesso aos serviços, na assistência adequada a essa população, na efetivação dos direitos dessas pessoas.

Vieira et. al. (2019) nos trazem que a Psicologia possui distintos campos que são acionados quando se trata de pessoas transexuais (incluímos aqui a sigla LGBTQIA+): de um lado, existem perspectivas que estão em posição de vanguarda no que se refere a defesa do conceito de autodeterminação de gênero e que utilizam o conceito analítico de cisgeneridade;

por outro, persistem correntes que buscam reafirmar a norma cisgênera constantemente, capturando vidas trans (e LGBQIA+) em discursos patologizantes. Assim, apontamos para a Psicologia como um “campo de saber-poder que habita uma zona de fronteira no campo das políticas de saúde direcionadas às populações trans (p. 163) e LGBTQIA+ como um todo. Bento (2006), referia, há alguns anos, que estamos muito distantes de “termos uma concepção de saúde que enxergue os corpos para além de uma visão dimórfica. Toda a formação médica e psi. tem como fundamento a verdade irrealizável que a diferença sexual nos funda como sujeitos”. Diante das narrativas de pessoas LGBTQIA+ compartilhadas ao longo do presente capítulo, tendemos a considerar as palavras da autora bastante atuais. Ao denunciar a realidade vivenciada por pessoas LGBTQIA+ na APS buscamos nos atentar para a possibilidade de encontrar brechas que permitam outras possibilidades de atenção à saúde dessa população. Compreendendo a cisgeneridade e a heterossexualidade compulsória como normas que atravessam e constituem as práticas de saúde colocadas em movimento na APS, os serviços de saúde se tornam convocados a repensarem suas práticas e os modos enrijecidos de funcionamento, a partir dos quais são produzidas LGBTQIA+fobias cotidianas, pensando “sobre o lugar do SUS enquanto ratificador de subjetividades normativas e/ou potencializador de singularizações” (Vieira *et al.*, 2019, p. 167).

Demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+: análises a partir de narrativas de LGBTQIA+ e profissionais da saúde

No presente capítulo, buscaremos trazer reflexões sobre como as pessoas participantes compreendem as demandas de saúde da população LGBTQIA+, articulando a discussão à Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis.

É importante destacar que, por muitas décadas, pessoas que fogem à cisheteronormatividade foram patologizadas por diversas áreas da saúde. Até 1952, por exemplo, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria (APA), trazia a homossexualidade como um distúrbio, sendo retirada do manual apenas em 1973, apesar da realização de diversas pesquisas que comprovaram não haver associação entre a homossexualidade e algum adoecimento; já a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a homossexualidade na Classificação Internacional de Doenças (CID) em 1977, como doença mental, revendo a classificação somente em 1990 (Tagliamento et. al., 2020). Os autores também destacam que, com relação à transexualidade e à travestilidade, em 1980, foram incluídas na CID como doença e a APA inseriu a transexualidade no grupo dos “Transtornos de Identidade de Gênero” no DSM III. Já com relação à CID, temos que em maio de 2019 a transexualidade deixou de ser considerada como um transtorno mental, e foi realocada no capítulo de “condições relacionadas à saúde sexual”.

Com relação à Psicologia, somente em 1999 tivemos a publicação da Resolução nº 01/1999, com relação à proibição de que profissionais da categoria exerçam práticas que favoreçam a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas (Conselho Federal de Psicologia, 1999); e somente em 2018 foi lançada a resolução nº 01/2018, que se refere a orientações para que profissionais da área não atuem de forma a patologizar identidades trans (Conselho Federal de Psicologia, 2018). Tais resoluções não garantem, entretanto, posturas

éticas e cuidadosas por parte de quem atua com essa população, visto que existem iniciativas, como a citada anteriormente neste trabalho, que se intitulam “Cura gay”, que buscam reverter ou curar pessoas LGBTQIA+. Isso significa que, por muito tempo (ou ainda hoje), pessoas com orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes foram patologizadas nos diversos espaços sociais, como nos serviços de saúde, e como trazem Vieira et. al. (2019), “muito frequentemente, as necessidades de saúde dessas pessoas ainda são vistas pelos agentes de saúde com estranhamento, desconhecimento e desrespeito - o que mantém esses usuários afastados do sistema” (p. 166).

Como refere Fachinni (2009), a saúde de pessoas LGBT ganhou visibilidade a partir dos anos 80, a partir da adoção de estratégias, por parte do Ministério da Saúde, que objetivavam o enfrentamento da epidemia do HIV/aids. Como aponta a autora, isto não ocorreu sem a pressão de movimentos sociais LGBT. Iniciativas não governamentais, como o Grupo de Apoio à Prevenção da Aids (GAPA), criado em 1985, a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (Abia), criada em 1986, e o Grupo pela Vida, de 1989, foram fundamentais para o enfrentamento da epidemia (Ferreira & Nascimento, 2022). Os autores referem que a partir do aumento dos números de casos de Aids no país, o governo passou a se basear em experiências internacionais para implantar políticas públicas de enfrentamento à questão.

Posteriormente, houve o reconhecimento da complexidade das demandas de saúde dessa população, ampliando-se para a discussão para as especificidades de cada grupo e para além do enfrentamento ao HIV/Aids como indica Cazeiro (2020). Assim, pensar uma Política que traga outras perspectivas e olhares para as demandas de saúde desses sujeitos se mostrou como um importante passo no campo da saúde no Brasil, apesar de só ocorrer durante a década de 2010.

Como citado anteriormente no presente trabalho, a supracitada política foi publicada em 2011, buscando se configurar como um importante norteador para o cuidado em saúde da população LGBT, trazendo orientações, objetivos e diretrizes que se relacionam à saúde LGBT como um todo, e também diretrizes específicas para cada população que compõe a sigla (englobando apenas até a letra T). A PNSILGBT é apontada como um divisor de águas e um marco no reconhecimento das demandas de saúde desse grupo, entretanto, o caminho até a sua formulação foi atravessado por entraves, muitos deles ainda atuais.

Para destacar alguns aspectos do caminho até a criação da PNSILGBT, trazemos as contribuições de Sena e Souto (2017) que referem que em 2004, o Ministério da Saúde (através da Portaria MS nº 880, de 13 de maio de 2004), criou o Comitê Técnico para a formulação da proposta da PNSILGBT; Também em 2004 a Portaria MS nº 2.227, de 14 de outubro de 2004, revogou a anterior e incluiu representantes dos segmentos LGBT na composição do Comitê Técnico; Em 2006 o Conselho Nacional de Saúde incluiu uma representação dos movimentos sociais de pessoas LGBT em sua composição, por meio da Portaria nº 2.201, de 15 de setembro; Segundo as autoras, algumas das importantes ações desenvolvidas pelo Comitê Técnico de Saúde da População LGBT foram a inclusão do respeito à orientação sexual e identidade de gênero na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e a inclusão de demandas das lésbicas e mulheres bissexuais na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Também em 2007, foi realizada a Oficina sobre o Processo Transexualizador no SUS, que culminou com a publicação da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o Processo Transexualizador no âmbito do SUS e a Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamentou o Processo Transexualizador no SUS. Em 2008, foi realizada a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – Direitos Humanos e Políticas Públicas: O Caminho para Garantir a Cidadania de LGBT, com participação de representantes do Ministério da Saúde; Em 2009 foi

publicada a revisão da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, com a inclusão da orientação sexual e da identidade de gênero, assim como a garantia ao respeito ao uso do nome social no SUS (Portaria MS nº 1820, de 13 de agosto); Também em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral LGBT foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo publicada dois anos depois, em 2011.

Vale destacar que o processo de aprovação e publicação da PNSILGBT foi atravessado por disputas, barganhas, entraves e interrupções, uma vez que houve conflitos após a sua aprovação, em 2009, e a apreciação pelo ministro da Saúde, o que se relaciona ao processo de as eleições presidenciais de 2010. Nesse período, as questões relacionadas à diversidade sexual e de gênero sofreram ataques por parte da bancada evangélica, como referem Ferreira e Nascimento (2022). Tal cenário nos ajuda a refletir sobre como, desde o processo de aprovação, uma política que coloca em destaque direitos relacionados à população LGBT sofre ataques, o que nos indica que, mesmo após a aprovação e implementação da política, o caminho será atravessados por práticas e ações contrárias à efetivação dos direitos dessa população.

Também destacamos que apesar de existir há mais de 10 anos, dentre as pessoas entrevistadas para a pesquisa, a maioria afirmou não conhecer a PNSILGBT; enquanto profissional atuante no SUS, também não sabia da existência de uma política nacional de saúde direcionada para essa população, até o momento em que o interesse por esta pesquisa foi construído, o que possibilitou a aproximação ao tema, investigação de políticas e projetos existentes no campo da saúde para a população LGBTQIA+. Essa realidade também nos chama atenção para a necessidade de ampliação do conhecimento das pessoas LGBTQIA+ sobre as políticas existentes e que buscam garantir e efetivar seus direitos, abrindo possibilidades para a identificação de entraves, dificuldades e caminhos de abertura.

Hoje, 13 anos após a publicação, o que dizem aqueles e aquelas que vivenciam o cotidiano da APS do SUS? Os objetivos da PNSILGBT estão sendo alcançados? Como as demandas e necessidades em saúde dessa população estão recebendo atenção e cuidado?

Segundo a Portaria n. 2.836 (2011), a PNSILGBT apresenta como Objetivo Geral: “Promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (...)”; Entre os objetivos específicos, destacamos alguns que se referem às demandas e necessidades de saúde dessa população, tais como: ampliação do acesso aos serviços de saúde do SUS, com a garantia de respeito e prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução das demandas e necessidades; garantia de acesso ao processo transexualizador no SUS; garantia de atenção integral com relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), especialmente o HIV, a AIDS e as hepatites virais; prevenção de novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais; prevenção de novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais; garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no SUS; garantir o uso do nome social de travestis e transexuais; reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais.

Dessa forma, observamos que a PNSILGBT destaca algumas demandas e necessidades de saúde da população LGBT, trazendo a importância de que recebam atenção integral no SUS; ao dialogarmos com pessoas LGBTQIA+ e profissionais que atuam na APS, buscamos também entender como compreendem essas demandas e necessidades de saúde. O que se destaca como demanda e necessidade de pessoas LGBTQIA+ nas narrativas das pessoas participantes? Suas percepções se alinham ao que aparece na política? Trazem demandas e necessidades que não são contempladas na política e que também precisam ser debatidas? Apostamos que ouvir suas percepções pode nos auxiliar no avanço da discussão sobre quais aspectos da saúde da população LGBTQIA+ necessitam de atenção integral em

nosso sistema de saúde, para que possamos construir ações e práticas, mais especificamente na APS, que dialoguem com a realidade desses sujeitos e contribuam com a efetivação dos princípios do SUS.

Trazemos, a seguir, algumas demandas que foram levantadas pelas pessoas participantes da pesquisa. Essas demandas podem ser destacadas em três grupos: Questões de Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas LGBTQIA+; Questões de Saúde Mental e impactos da LGBTQIA+fobia; Processo transexualizador no SUS (e para além dele). Buscamos não perder de vista o que nos traz Facchini, sobre a “sopa de letrinhas”, ao afirmar que não se trata de um grupo homogêneo, e mesmo apresentando diversos pontos comuns, possuem também múltiplas especificidades, o que nos coloca diante da importância de desnaturalizarmos ideias cristalizadas sobre o que é ser L, G, B ou T e olharmos de forma singular para as demandas e necessidades.

Questões de Saúde Sexual e Reprodutiva de pessoas LGBTQIA+

Um dos pontos destacados por quem participou da pesquisa com relação às suas demandas de saúde diz respeito às ISTs. Como apontado no capítulo 3, pessoas LGBTQIA+ são alvo de estigmatizações em serviços da APS, com forte associação às ISTs e com a redução de suas demandas de saúde quase exclusivamente a essa questão. Muitas vezes, inclusive, chegam a buscar uma unidade de saúde por outras demandas e percebem a suspeita presente entre profissionais ou a dedução de que buscaram o serviço para realização de testes rápidos. Em suas narrativas trazem as IST's como uma das, e não a única, questões de saúde que afetam a população LGBTQIA+:

Eu cresci ouvindo falar sobre um grupo de risco pra questão do HIV. E que homens que fazem sexo com homens estariam nesse grupo de risco. E hoje em dia é um estigma até, né? Porque

todo mundo tem, tá passível de passar por isso. Mas eu sempre vi a questão da saúde da população LGBT trabalhada mais nessa questão da prevenção do HIV, da AIDS, então quando falava em saúde LGBT associava logo a isso, a questão do HIV. Então eu sempre via que a saúde tratava as pessoas LGBT como possível de ter só HIV, como se não tivessem outras doenças, ou necessidade de acompanhamento psicológico, entende? Então eu vejo, a visão que eu tenho da saúde tratando dessas pessoas é mais voltado pra questão da contaminação por IST's (Alan, homem cis, gay e negro)

Em pesquisa desenvolvida por Pereira *et al.* (2023) os autores referem que as ISTs aparecem como os principais problemas que atingem a população LGBT, de acordo com relatos de profissionais que atuam na APS de um município do estado de Pernambuco. Citam a alta procura pela realização de testes rápidos nas unidades de saúde e destacam que a associação de pessoas LGBT apenas à ISTs tende a produzir deficiências nos atendimentos ofertados, que passam a ser baseados em preconceitos, estigmas e discriminações. Gilberto (homem cis, gay e pardo) traz uma experiência na qual viu sua demanda de saúde ser reduzida a uma questão de IST por um médico da UBS:

Eu cheguei né, e eu estava tipo com um inchaço nas minhas partes íntimas e aí eu perguntei e ele: Ah, você é gay? E eu disse: sou. Aí ele: normalmente pode ser isso, isso e isso, porque isso acontece muito entre a sua comunidade. E eu tomei um susto! Porque ele nem terminou, ele nem deixou eu terminar de conversar.

É importante destacar que o perfil epidemiológico do HIV/aids e de outras ISTs no Brasil apresenta prevalências desproporcionais entre alguns segmentos da população, quando comparados com as prevalências da população geral (Ministério da Saúde, 2018). Entretanto, esse cenário está relacionado a múltiplos fatores, como as situações de violência, machismo, sexismo, racismo, estigmas e discriminações, que dificultam o acesso de diversos grupos aos serviços de saúde, por

exemplo (Granjeiro, Castanheira & Battistella Nemes, 2015), e não a orientação sexual e a identidade de gênero dessas pessoas.

Entre as populações que ainda enfrentam obstáculos para obter cuidado integral, alcançar inclusão social e acessar programas e serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento em ISTs, estão as pessoas trans, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH)¹⁵. Essas populações são denominadas, atualmente, como populações-chave: “apresentam prevalências desproporcionalmente altas de infecção pelo HIV (e também pela sífilis [...]), quando comparadas à população geral, e por terem suas vulnerabilidades aumentadas por fatores estruturantes da sociedade” (Ministério da Saúde, 2018, p. 8-9). São elas: trabalhadoras do sexo, pessoas privadas de liberdade, gays e outros HSH, pessoas trans e pessoas que usam álcool e outras drogas.

Com relação à gays e HSH, tem-se a estimativa de que o risco da transmissão do HIV relacionado à prática sexual anal seja até 18 vezes maior que no sexo vaginal (Baggaley, White & Boily, 2010). Segundo os autores, o risco de infecção durante o sexo anal desprotegido é de cerca de 1,4%, e quando há variação de papéis nas relações sexuais entre gays e HSH ocorre um aumento do risco de transmissão do HIV e outras ISTs. Além disso, o risco de transmissão é de 39,9% quando os parceiros têm os dois tipos de relações sexuais, insertiva e receptiva (ativa e passiva). Quando os parceiros tem apenas relações sexuais receptivas (passivas), a estimativa é muito próxima, 40,4%. A estimativa diminui para as pessoas que só têm relações sexuais insertivas (ativas). No caso de gays e outros HSH que praticam sexo anal receptivo sem proteção, o risco de adquirir HIV, outras IST e hepatites virais é elevado, enquanto homens que praticam sexo anal insertivo (ativo) sem proteção têm maior probabilidade de transmitir o HIV.

¹⁵ A categoria gays contempla pertencimento e identificação, enquanto HSH se encerra nas práticas sexuais e afetividades (Ministério da Saúde, 2017).

Com relação às pessoas trans, estudos apontam maior prevalência de HIV entre as mulheres transexuais, especificamente aquelas que praticam sexo anal, e que mulheres transexuais apresentaram probabilidade de infecção pelo HIV 49 vezes maior que a população geral (Redtransex, 2013). Em relação a homens trans que fazem sexo anal receptivo, também há risco aumentado para HIV (Nemoto, Operario, Keatley & Villegas, 2004).

O termo populações-chave não pode ser visto como um simples eufemismo para outras expressões, como “Grupo de risco” ou “comportamento de risco”, como citado por Alan. Esses termos serviram para alimentar estigmas e produzir discriminações com relação a determinados grupos, atribuindo a responsabilidade da infecção somente aos indivíduos e seus comportamentos, desconsiderando fatores importantes, tanto históricos, como sociais e estruturais (Ministério da Saúde, 2018). Assim, ao colocar a culpa de uma infecção exclusivamente no sujeito, seja ele uma pessoa trans ou um homem gay, se desconsidera fatores estruturantes da sociedade, como a cisheteronormatividade, que atua produzindo práticas LGBTfóbicas em diversos espaços, como na educação e na saúde pública, diminuindo o acesso dessa população aos serviços, à informação, ao cuidado, e posicionando-a em uma situação de maior vulnerabilidade com relação às ISTs:

Uma pessoa que não consegue acessar informações, seja pelo seu baixo grau de instrução, seja porque se encontra em uma situação de exclusão social, está mais vulnerável à infecção, não em virtude de seu comportamento ou de suas escolhas pessoais, mas devido a estruturas sociais historicamente constituídas (Ministério da Saúde, 2018, p. 14).

Na mesma direção, consideramos que, na medida em que pessoas LGBTQIA+ não conseguem acessar os serviços da APS, seja pela falta de acolhimento ou por vivências de discriminações e exclusões, tornam-se mais vulneráveis às infecções e à transmissão das mesmas. As estigmatizações produzidas no âmbito da saúde acabam por produzir barreiras, distanciando

ainda mais pessoas LGBTQIA+ desses serviços, potencializando a vulnerabilidade a qual estão submetidos.

Outro ponto diz respeito à abordagem que se faz, nos espaços da APS, com relação às ISTs. Além de realização de testes rápidos, por exemplo, deve-se investir na prevenção e promoção de saúde. Algumas pessoas participantes apontam que a única forma de prevenção de ISTs que conhecem diz respeito ao uso do preservativo: “Eu já devo ter visto em algum local do posto, do hospital em si, algo referente a isso, a essa questão de camisinha... Mas... eu ver assim, ler e saber dizer com segurança, olha existe tal tal tal, sendo bem sincera.... não” (Dandara, travesti, bissexual, preta). Roberta (mulher trans, heterossexual e parda) também afirma: “Eu conheço aqueles básicos que sempre passam na escola falando... usar preservativo”. Segundo o Ministério da Saúde (2011), para além do uso de preservativos, é necessário investir na Prevenção Combinada, “que preconiza a oferta conjugada e individualizada de diferentes intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, a depender da necessidade e concordância de cada pessoa” (p. 10). De acordo com o Ministério da Saúde (2017), as intervenções biomédicas se referem àquelas que agem diretamente nos sistemas biológicos através dos quais o vírus pode infectar uma pessoa e visam a redução do risco de exposição. Podem ser intervenções biomédicas clássicas, que utilizam métodos de barreira física ao vírus; e intervenções biomédicas, baseadas no uso de antiretrovirais (ARV), como a Profilaxia Pré-Exposição (PeP), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e Tratamento para Todas as Pessoas (TTP)¹⁶.

As intervenções comportamentais se referem a estratégias que buscam fornecer informações e conhecimentos sobre HIV/Aids aos indivíduos e grupos sociais para capacitá-los a integrar as várias estratégias de prevenção do HIV disponíveis no SUS, aumentando, assim, sua capacidade de

¹⁶ O Tratamento para Todas as Pessoas (TTP) se refere ao esforço para inserir o maior número de pessoas infectadas pelo HIV em tratamento o mais rápido possível, uma vez que isso contribui para reduzir a transmissão do HIV, e consequentemente, a carga viral comunitária (Ministério da Saúde, 2017).

manejar os diferentes graus de riscos a que estão expostos. Espera-se, portanto, que os sujeitos possam se tornar capazes de modificar seus comportamentos, atitudes e práticas, reduzindo as vulnerabilidades e riscos de exposição ao HIV/aids. Entre as estratégias comportamentais, podemos citar: orientações para a realização de testagem, a oferta de aconselhamento (em suas dimensões educativa, de avaliação de risco, e de apoio emocional); o incentivo à testagem rotineira e regular; a adesão ao uso de preservativos; o cuidado contínuo às pessoas vivendo com o HIV (vinculação, retenção e revinculação aos serviços de saúde, e adesão à terapia antirretroviral); entre outras.

Já as abordagens estruturais englobam ações que buscam enfrentar questões sociais que interferem na vulnerabilidade de indivíduos ou grupos populacionais com relação ao HIV. Se dividem em ações que visam a diminuição das desigualdades socioeconômicas; o estabelecimento de normas e marcos legais; o fomento ao protagonismo e empoderamento; a divulgação de informações para a população geral; e estratégias de fortalecimento da estrutura do sistema único de saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2017).

Ou seja, considera-se que as diferentes abordagens citadas precisam ser conciliadas, tanto a biomédica, como a comportamental e a estrutural, quando se trata de prevenção ao HIV/Aids, e que é necessário cuidado, por parte de profissionais da saúde, para que não sejam produzidas culpabilizações, no sentido de atribuir ao sujeito um comportamento “de risco”; para isso, é importante que haja compreensão sobre os processos históricos que levaram à constituição de tais perspectivas culpabilizantes, que a articulação entre pessoas LGBTQIA+ e ideias sobre promiscuidade permanece no imaginário social, o que significa que o enfrentamento precisa se dar no nível micro e macro, com tensionamentos às construções sociais cisheteronormativas que reiteram essas perspectivas.

Os participantes gays citaram, entre as estratégias relacionadas ao HIV/Aids, o uso das Profilaxias Pré e Pós-exposição (PrEP e PeP): “a PREP seria uma delas, né? E o uso de

preservativos. Acho que só esses dois” (Gustavo, homem cis, gay, branco); Sim. A PrEP, é isso? A camisinha, no momento só lembro dessas” (Alan, homem cis, gay, negro);

Comemorei muito quando a PREP e pep veio pro brasil. Nunca precisei usar, porque só faço com camisinha, sou bem medroso nessa parte, mas conheço os meios, sei que por exemplo no São José você vai a qualquer momento e consegue fazer tanto a PEP que é a pós exposição como a PREP que é a pré- exposição, mas ainda acho que ela é pouco difundida, acho que dentro da comunidade mesmo as pessoas não comentam, porque ainda é muito... Engraçado, ainda dentro da comunidade o sexo é tabu, a prevenção ainda é tabu (Gilberto, homem cis, gay, pardo).

Como explicado por documento do Ministério da Saúde (2017), a PEP é uma medida de prevenção na qual se utilizam antirretrovirais como profilaxia, com o objetivo de evitar a multiplicação do vírus HIV no organismo de uma pessoa, sendo indicada a usuários(as) que possam ter tido contato com o vírus em alguma situação de risco. Já a PrEP consiste no uso de antirretrovirais por pessoas não infectadas pelo HIV, antes de relações sexuais nas quais haja risco de infecção. A utilização da PrEP reduz em mais de 90% o risco de infecção por HIV.

No Brasil, a implementação da PrEP se deu no Serviço de Atenção Especializada (SAE), a partir de 2017, e a partir de 2021 a possibilidade de prescrição foi ampliada, passando a englobar outros pontos da rede, como a APS (Ministério da Saúde, 2024). Como destaca Silva (2019), a APS e seus profissionais precisam ter conhecimento sobre esta tecnologia, considerando a importância da integralidade do cuidado e do trabalho aliado ao dos serviços especializados. Também é importante considerar que serviços especializados acompanham pessoas que vivem o vírus e suas/seus companheiras/os, sendo que a população geral é acompanhada por profissionais da APS, o que reforça a importância de que métodos como a PrEP sejam ofertados nesses espaços. Se profissionais que acompanham usuárias/os e não estão capacitados para a oferta dessa tecnologia,

aumenta-se o risco de exposição e diminui-se a capacidade de prevenção ao HIV/Aids. Em 2024, o Ministério da Saúde lançou uma Guia em versão preliminar, intitulado: Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde, no qual reforça que “a implementação da oferta de PrEP em serviços da APS constitui-se não só como sua atribuição, mas também como importante oportunidade de oferta de cuidado integral em saúde sexual” (p. 8). O Guia, que está em versão preliminar, apresenta-se como importante norteador para a eficaz implementação da oferta da PrEP na APS.

Assim como populações-chave, o Ministério da Saúde destaca que são considerados grupos prioritários na agenda das ISTs aqueles que: “apresentam vulnerabilidades aumentadas devido à situação de vida ou contextos históricos, sociais e estruturais: adolescentes e jovens, população negra, indígenas e pessoas em situação de rua” (p. 9). Ao pensarmos populações-chave, como pessoas trans e homens gays, precisamos estar atentas/os às interseccionalidade com o que aqui é chamado de “grupos prioritários”, ou seja, pessoas negras, pessoas em situação de rua, pessoas jovens e indígenas. O que significa pensar que pessoas trans negras, por exemplo, estão em uma condição de vulnerabilidade diferenciada com relação a pessoas trans brancas, e assim por diante. Alan (homem cisgênero, gay, negro) reflete sobre isso ao articular sua identidade de gênero, raça e classe à vivência na UBS:

No meu caso, por ser cis, eu tenho meus privilégios com relação a outras pessoas da sigla. Mas, a questão social e racial, ainda é muito forte e visível, certo? Eu venho de uma comunidade muito pobre, chamada de favela mesmo, e era muito difícil o atendimento pra gente lá dessa comunidade, inacessível mesmo.

Lopes (2011) reflete sobre a saúde pública no Brasil, que tem como princípios a universalidade, a equidade e a humanização das práticas, mas que opera por meio de dispositivos institucionais que colocam em prática políticas de exceção. Tais políticas produzem zonas diferenciadas de cidadania entre cidadãos conforme raça/cor, classe e gênero, e os indivíduos

passam a ser privilegiados ou excluídos a partir da intersecção de tais critérios. Assim, a determinados corpos recai a objetificação, a estigmatização e a exclusão, e a outros corpos é direcionado atenção e cuidado. Quando refletimos sobre as estigmatizações e as práticas de cuidado referentes às ISTs, podemos compreender como esses dispositivos operam criando zonas diferenciadas, inclusive dentro do segmento de pessoas LGBTQIA+:

A expansão da Aids afetando cada vez mais a população negra no Brasil deve assim ser equacionada em um sistema de correlações de força não projetado em sua integralidade, mas que funciona sob o pressuposto racista da seleção e da proteção do segmento branco em comparação aos demais segmentos da população (Lopes, 2011, p. 595).

Silva e Leite (2017) refletem sobre como a articulação discursiva biomédica-midiática operou para criar bodes expiatórios quando surge uma nova doença mundialmente, produzindo uma demarcação entre uma Racialização e uma Homossexualização do vírus, fazendo proliferar práticas discriminatórias a partir da ideia de que o vírus do HIV atingiria algumas populações específicas e outras não. Os autores afirmam que, na contemporaneidade, tais concepções permanecem no senso comum e nas interações sociais. A exemplo disto, temos que mais recentemente, em 2022, casos da conhecida “Varíola dos macacos” passaram a ser relatados em diversos países. Na mídia, muitas vezes eram noticiadas matérias que relacionavam o vírus às pessoas homossexuais, como relatado por Jean (homem cis, gay, e pardo):

“Eu vejo assim acompanhando a história e outros amigos, a gente cita bastante esse lance do HIV, da varíola do macaco também que eu vi no *instagram* dizendo que era... Que vinha das pessoas gays. Então tudo que é do mal, de doenças do mal, eles espalham que vem da gente”

Neto (2014 como citado em Silva & Leite, 2017) analisou materiais midiáticos veiculados na cidade de Criciúma, Santa Catarina, entre 1986 a 1996, que alertavam sobre o HIV e a Aids. A maioria desses materiais retratavam a infecção/doença de forma satirizada e discriminatória,

relacionando-a a pessoas LGBT e negras. Além disso, diferentes discursos operavam na produção de estigmas e exclusões: além do jornalístico e do médico, o religioso apontava o HIV/Aids como castigo, punição moral.

Com isto, o enfoque na sexualidade atrelada a raça, gênero e HIV/Aids pode denunciar uma violência simbólica e física sobre os corpos baseada na hipersexualização, além de dar pistas para pensar a disseminação do HIV entre estas populações como parte destas violências (Silva & Leite, 2017, p. 9).

Este enfoque no HIV/Aids pode produzir a invisibilização de outras questões referentes à saúde sexual: com relação à população de gays e homens bissexuais, por exemplo, assim como mulheres trans, profissionais de saúde das UBS devem orientar sobre a importância da realização do exame proctológico com regularidade, a fim de prevenir câncer de próstata e problemas no ânus e reto, informar sobre a importância do uso de gel lubrificante à base de água durante as relações sexuais anais, incentivar o exame urológico e a higienização do pênis, para evitar infecções e câncer de pênis e testículos (Ministério da Saúde, 2013). Assim, consideramos que as ISTs, apesar de se apresentarem como demanda de saúde da população LGBTQIA+, tendem a ser tratadas como demanda universal dessa população, por um viés estigmatizando e discriminatório, atingindo de maneiras diferentes as pessoas que compõem a sigla e deixando outras questões de saúde sem atenção por parte das equipes.

Mulheres lésbicas e bissexuais, por exemplo, acabam sofrendo invisibilização com relação à prevenção e ao cuidado referentes à ISTs, uma vez que, historicamente, homens gays e pessoas trans foram associados como os sujeitos suscetíveis às infecções. A Rede Feminista de Saúde (2006) destaca o desconhecimento dessas mulheres em relação ao risco das doenças sexualmente transmissíveis ao manterem relações sexuais com outras mulheres. Sobre esse aspecto, Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda) reflete perceber que algumas pacientes já

atendidas por ela parecem não considerar que existe risco de serem infectadas por algumas IST ou outra doença que pode ser prevenida com acompanhamento na UBS:

Vale também lembrar da educação em saúde com essas mulheres, porque a grande maioria que a gente atende, não tem o conhecimento que precisam fazer exame preventivo, mesmo sendo “vírgens”. Elas pensam que não precisam fazer porque às vezes não tem penetração. Então, não tem o risco de pegar nenhum tipo de doença.

Em pesquisa realizada por Araújo, Penna, Carinhonha e Costa (2020), as autoras também destacam a percepção de enfermeiras e médicos participantes sobre a crença existente entre mulheres lésbicas, de que não há risco para ISTs, estando estas relacionadas à penetração vaginal e sendo mais preponderantes em relacionamentos heterossexuais. Entretanto, tal percepção também pode estar presente entre profissionais de saúde. Em uma pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde, uma das participantes afirmou que uma paciente do seu território, que residia com uma companheira, referiu que não procura mais a Unidade de Saúde devido a uma experiência vivenciada que a fez se sentir discriminada. Ao conversar com uma funcionária para agendar exame preventivo do câncer do colo do útero, foi informada que não necessitava realizá-lo por ser homossexual, o que a afastou da APS (Albuquerque, Botelho & Rodrigues, 2019).

O despreparo de profissionais de saúde e o desconhecimento das questões relativas à prevenção de ISTs entre mulheres lésbicas e bissexuais se associam a outros fatores, como a heteronormatividade, na produção de vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres (Andrade, Ignácio, Freitas, Parada & Duarte, 2020), inclusive no campo da saúde e, mais especificamente, da APS. A falta de percepção de risco existente para ISTs entre mulheres lésbicas e bissexuais se dá ainda muito atrelada aos estigmas existentes com relação aos homens gays e pessoas trans serem mais suscetíveis às ISTs, como referem as autoras. A ideia de que não há risco para ISTs na relação sexual entre mulheres se encontra ancorada, também, na ideia de “imunidade lésbica, presente no imaginário social, que banaliza o sexo lésbico. Ao considerarem o sexo entre mulheres como uma

‘brincadeira’, um não-sexo ou um sexo não tão autêntico quanto o heterossexual, cria-se o imaginário de que não é possível transmitir ISTs/HIV por essas práticas” (Dal Santo & Zambenedetti, 2021, p. 116-117).

Como refletido no primeiro capítulo, diante da invisibilização da orientação sexual de mulheres lésbicas e bissexuais na APS, ou da vivência de ausência de acolhimento quando há a exposição da orientação sexual, essas mulheres se tornam alvo de práticas descuidadas; quando se acrescenta a falta de conhecimento sobre questões de saúde sexual, tais como o risco às ISTs, percebe-se prejuízo ainda maior na atenção ofertada à saúde dessas mulheres no contexto da APS. Ao termos acesso a dados que indicam a baixa procura de mulheres lésbicas pelos serviços de saúde, quando comparada a mulheres heterossexuais, compreendemos que a falta de preparo das/dos profissionais (que se atrela a falta de conhecimento) para lidar com as especificidades dessas mulheres, assim como a negação das próprias mulheres sobre o risco para determinadas doenças são motivos que se associam na explicação desse distanciamento (Rede Feminista de Saúde, 2006). Destacamos o que postula o “Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva”, do Ministério da Saúde (2013, p. 82-83):

O esclarecimento para todos os profissionais da saúde sobre as práticas sexuais e sociais de LGBT é fundamental para que o cuidado à saúde seja condizente às suas necessidades, superando, dessa forma, a associação desse seguimento à epidemia de HIV/Aids, embora sem prescindir dos esforços estratégicos na superação da alta incidência de DST/HIV/Aids entre gays, homens bissexuais e travestis, bem como em relação à prevenção das DST entre lésbicas, mulheres bissexuais e transexuais. (...) Entre as ações preventivas que podem ser desenvolvidas com lésbicas, por exemplo, constam orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como a higienização das mãos e unhas (bem aparadas), uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos.

Assim, além do reconhecimento de que essas mulheres estão suscetíveis às ISTs, torna-se necessário o reconhecimento de formas de prevenção em relações sexuais realizadas entre mulheres. Tal realidade não se encontra restrita ao âmbito da saúde: faz parte de um modelo de constituição societário, na qual o reconhecimento das relações válidas recai somente sobre relações heterossexuais. Assim, fala-se em métodos preventivos restritos a essas relações, deixando à margem aquelas que fogem à cisheteronormatividade:

A gente aprende desde a época da escola, o mínimo que a gente aprende sobre a vida sexual né, a gente não acessa essas coisas, na escola o mínimo que a gente acessa é sobre homem e mulher, sempre; nós, mulheres lésbicas, não temos esse acesso, a gente não sabe, a gente aprende vivendo mesmo, como as coisas funcionam quando são duas mulheres. Ou então uma bissexual, que é com homem, mulher, e às vezes acontece de ter algum problema, enfim, a gente não sabe como funciona, a gente vai aprendendo, porque não temos acesso (à educação sexual). A gente sempre aprende como funciona homem e mulher e só, e mal. Existe, óbvio que existe, formas de prevenção entre mulheres, mas não é dito; eu sei que existe o preservativo feminino, mas eu nunca usei, por exemplo, e tenho certeza de que muita gente não sabe nem que existe. No relacionamento entre duas mulheres não existe essa coisa do preservativo, mesmo ele existindo, nós não usamos. E eu acredito que não seja nem tabu, é justamente desinformação, uma coisa que não foi dito, a gente só cresce conhecendo a camisinha (masculina) (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca).

A narrativa de Carolina nos aponta para uma realidade bastante comum: a abordagem, em diferentes espaços, somente do preservativo masculino como forma de prevenção nas relações sexuais, invisibilizando a existência da camisinha feminina e de outras formas de prevenção em relações entre mulheres, tais como: “o *cling film* e películas de látex ou poliuretano, adaptadas de luvas e camisinhas, masculina ou feminina, que podem ser utilizadas nos brinquedos sexuais, na

prática do sexo oral (...) (Araújo, Penna, Carinhonha & Costa, 2019, p. 4). As autoras destacam a inexistência de tecnologias para a prevenção em determinadas práticas sexuais, exclusivas de mulheres lésbicas e bissexuais, como o tribadismo¹⁷, o que potencializa o risco e a vulnerabilidade dessas mulheres e nos alerta para a falta de interesse e de investimentos em estudos e pesquisas que se atentem às especificidades dessas mulheres. Sobre a prevenção às ISTs na prática de tribadismo, mais especificamente na prática conhecida como “tesoura”, na qual as parceiras esfregam a genitália uma na outra, Camila (médica, mulher cisgênero, bissexual, branca) relatou sobre a possibilidade de utilização da camisinha masculina:

Aí tem muitas políticas de redução de danos que ensinam como usar a camisinha masculina, que é assim, a camisinha, né? Tem a feminina e masculina, externa e interna, né? A externa, que seria a do homem, em caso de, você recorta e usa como, na vagina, né? Quando é o tribadismo, que é a tesoura, que o pessoal chama geralmente, como proteção física. E também o uso de luvas, mesmo, para a penetração digital. Mas tem gente, muitas pessoas ensinam como usar a camisinha masculina assim.

Compreendemos que a falta de discussão sobre a temática da saúde sexual de mulheres lésbicas e bissexuais reflete-se tanto no despreparo/desconhecimento de profissionais da saúde, como das próprias mulheres sobre sua saúde sexual. Tais métodos preventivos, citados anteriormente, ainda são pouco difundidos, conhecidos e utilizados, quando comparados ao preservativo masculino, como citado por Carolina ao falar de sua experiência. No estudo de Muranda, Mugo e Antonites (2014), por exemplo, 46% das mulheres participantes indicaram não ter conhecimento sobre onde procurar informações a cerca da utilização de métodos de barreira no sexo entre mulheres, e 61% acessaram essas informações através da internet. Dandara (travesti, bissexual, preta) reflete sobre

¹⁷ Ato de roçar ou esfregar a genitália na genitália da parceira ou outra parte do corpo.

aspectos que necessitariam da atenção de uma/um profissional ao atender, por exemplo, mulheres lésbicas:

Se eu, por exemplo, sou uma mulher lésbica e aí eu chego com algum sintoma, sei lá, uma inflamação na minha vagina ou algo do tipo, que pode ter sido ocasionada pelo sexo, aí entra essa questão, quem é essa parceira, é uma mulher? Como é que estava, sei lá, as mãos dela?

Em uma situação como a referida por Dandara, o conhecimento da/o profissional sobre métodos de prevenção em relações sexuais entre duas mulheres torna-se importante, além da escuta cuidadosa e de orientações fornecidas sem julgamentos. Caso contrário, mais uma paciente poderia se distanciar da UBS. Assim, concordamos com Dal Santo e Zambenedetti (2021), quando apontam para a importância de que os serviços de saúde possam contar com profissionais capacitados para informar sobre métodos de barreira, além de políticas públicas que disponibilizem esses métodos; além disso, é necessário investimento para o desenvolvimento de métodos adequados e específicos para o sexo entre mulheres (Carvalho et al., 2013).

A invisibilização sobre relações que não se enquadram nas normas cisheteronormativas acompanha a trajetória de pessoas LGBTQIA+ e atravessam suas experiências em diferentes espaços, como referido por Carolina, ao destacar que no ambiente escolar eram abordadas apenas formas de prevenção em relações sexuais entre homens e mulheres, com foco no preservativo masculino. A invisibilização e a presunção de uma heterossexualidade comum a todas as mulheres produz consultas equivocadas, nas quais essas mulheres podem vivenciar violências, destacando-se as consultas de prevenção ginecológicas como momentos que podem ser vivenciados por essas mulheres com bastante constrangimento e dor:

Às vezes, você não perguntar para a pessoa, por exemplo, você presumir que uma mulher necessariamente tem relação com um homem... que é uma mulher hétero, né? E passar uma prevenção ou ultrassom transvaginal para uma mulher que nunca teve penetração, por exemplo.

Isso é um tipo de violência que a pessoa se sente violentada, mas muitas vezes as pessoas não se atentam pra isso, é como se, por exemplo, uma mulher que nunca teve relação sexual com penetração hétero, que seria a virgem, né, que o pessoal chama, você nunca vai chegar e passar uma ultrassom transvaginal. Mas aí quando você pensa que é uma mulher lésbica, que provavelmente nunca teve penetração, aí passa uma transvaginal, a pessoa nunca vai fazer a citologia oncológica, nem uma transvaginal, porque não se atentam pra isso (Camila, médica, mulher cisgênero, bissexual, branca)

Assim, conhecer a paciente e sua orientação sexual se relaciona à possibilidade de cuidado adequado, uma vez que impactam o tipo de exame ofertado e aceito, podendo causar distanciamento ou aproximação do sistema de saúde. O Ministério da Saúde (2013) destaca a importância de que lésbicas e mulheres bissexuais realizem regularmente o exame preventivo do câncer de colo de útero e o exame das mamas. Segundo Araújo, Penna, Carinhonha e Costa (2020), nos países em desenvolvimento, o câncer do colo do útero é considerado um problema de saúde pública em decorrência das altas taxas de prevalência e mortalidade, apesar do rastreamento em mulheres assintomáticas se mostrar como uma estratégia eficaz para diagnósticos em fases iniciais. Destacam ser imprescindível que profissionais de saúde adquiram conhecimentos sobre as identidades sexuais, mais especificamente sobre as práticas sexuais das mulheres, para que possam nortear os atendimentos, adequar as orientações às singularidades e especificidades dessas múltiplas mulheres, atentando-se para as vulnerabilidades relacionadas à saúde. Com isso, situações como as citadas por Camila, médica da UBS, podem ser evitadas, como a inserção de um espécule em uma mulher lésbica ou bissexual, que nunca realizou penetração vaginal. Tal procedimento, além de ser violento, ocasiona o afastamento dessas pacientes da APS, por não sentirem acolhimento, escuta e atenção adequada às suas especificidades de saúde, dificultando o rastreio da doença em fases iniciais. Jean (homem cisgênero, gay e pardo) também percebe o distanciamento de mulheres lésbicas quando se trata da prevenção ginecológica:

Nenhuma amiga comentou sobre isso, mas eu imagino que a prevenção deve ser uma situação bem complicada para elas procurarem. Porque a consulta, é uma consulta tão importante, mas elas não se sentem incluídas, é como se fosse algo de mulheres e elas não se sentem mulheres. Eu vejo muito amiga minha hetero falar da consulta e eu não vejo amiga minha lésbica falar.

Em pesquisa desenvolvida pelas autoras (Araújo, Penna, Carinhonha & Costa, 2020), enfermeiras e médicos participantes apontam dois grupos de lésbicas: as masculinas e as femininas. As primeiras (baseadas em estereótipos de gênero) apresentariam resistência à utilização do espelho no exame preventivo, na opinião das/os profissionais. As segundas, consideradas mais próximas da “normalidade” (ou seja, dos padrões heteronormativos), não apresentariam dificuldades com o exame. Tais pressuposições baseiam-se no binarismo de gênero – feminino e masculino – para designar quais sujeitos realizam determinadas práticas sexuais e quais não realizam; pressuposições que indicam como a lesbofobia e a bifobia pode operar no âmbito da APS: “Portanto, classificar, pela generalização ou particularização, não é uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica para com o objeto, um desejo de defini-lo como normal ou aberrante” (p. 5). Ao se pressupor a heterossexualidade de todas as mulheres que buscam atendimento na APS, ou pressupor a lesbianidade ou bissexualidade de mulheres a partir de performances de gênero lidas como masculinas, profissionais de saúde podem estar produzindo práticas de saúde discriminatórias e dificuldades na efetivação da integralidade do cuidado ofertado, afastando essas mulheres da APS e colocando em risco a saúde dessas pacientes. Camila refere que, em sua prática, já encontrou duas mulheres lésbicas com câncer de colo de útero em estado avançado, relacionando isso à dificuldade com os exames preventivos:

Sobre essa questão da prevenção do câncer do colo de útero, né? No nosso protocolo a gente começa a prevenção teoricamente a partir dos 35 anos. Hoje em dia, é muito a questão de acesso também. Tem um novo, uma nova forma, né, de prevenção. E não necessariamente você

precisa passar o espécúlo e abrir, que é a parte mais dolorosa, né, principalmente se nunca teve penetração, ou se só teve a penetração digital, não tem necessariamente que passar o espécúlo, sabe? Só que nem tem nenhum canal de acesso, não tem isso no posto de saúde, entende? E aí entra muito em conflito, porque às vezes as mulheres lésbicas têm medo dessa parte da penetração, mesmo com alguns aparelhos sexuais, porque tem medo de já chegar na parte da prevenção, né? E eu já peguei duas mulheres lésbicas com câncer de colo do útero em estado avançado também.

No estudo desenvolvido por Curmi, Peters e Salamonson (2015), há referência ao medo da introdução do espécúlo em pacientes com hímen íntegro ou que não utilizam brinquedos sexuais. Nessa direção, Bittencourt e Bittencourt (2020) destacam, entre as experiências negativas de mulheres lésbicas ao buscarem assistência médica para a prevenção ao câncer de colo de útero, a brutalidade de profissionais durante o exame, perguntas sobre sexualidade acompanhadas de reações e/ou comentários inapropriados, tornando, dessa forma, a experiência estressante e dolorosa. Destaca-se, ainda, que mesmo pacientes lésbicas ou bissexuais que nunca mantiveram relações sexuais com homens, o Papilomavírus Humano (HPV) pode ser transmitido: pelo contato da pele, pelo sexo oral ou compartilhamento de brinquedos sexuais (Marrazzo & Stine, 2004).

Entre as entrevistas realizadas e na oficina realizada com profissionais, questões relativas à realização de exames preventivos por pessoas transexuais não foram citadas, o que nos coloca, mais uma vez, diante da percepção de como as demandas de saúde da população LGBTQIA+ passam a ser circunscritas a determinados temas e determinados segmentos. Vale ressaltar, entretanto, que mulheres trans que passam por processos de redesignação sexual, incluindo a cirurgia de neovagina, precisam receber cuidados preventivos relativos ao câncer vaginal. Alguns estudos indicam casos de câncer ou lesão intraepitelial vaginal após a cirurgia de neovagina (Bittencourt & Bittencourt, 2020). Também destacam que mulheres trans com risco elevado de câncer colorretal apresentam

alto risco para carcinoma neovaginal, caso tenha havido transplante de tecido do próprio intestino. Assim, essas mulheres devem realizar o exame de colonoscopia após os 45 anos e repeti-lo de acordo com os riscos associados, assim como devem realizar vaginoscopia e coleta de citologia vaginal. Outro ponto diz respeito ao HPV, que é apontado como fator de risco para câncer na neovagina, principalmente se associado a outros fatores, como as dilatações para manter a vagina aberta (Grosse, Grosse, Lenggenhager, Bode, Camenisch & Bode, 2017).

Com relação a pessoas transmasculinas, destaca-se a necessidade da realização do Papanicolau (exame de prevenção ao câncer de colo de útero), caso não tenham realizado histerectomia completa. Entretanto, a realização da prevenção aparece como sendo dificultada, uma vez que homens trans também estão suscetíveis a vivenciar preconceitos por parte de profissionais da saúde. Peçanha, Jesus e Monteiro (2023) trazem que temas como gestação paterna, aborto transmasculino, paternidade trans, autonomia reprodutiva, saúde obstétrica transmasculina, legalização do aborto, a utilização do termo “pessoas que menstruam”, dentre outros, constituem a pauta da agenda de pessoas transmasculinas com relação aos direitos sexuais e reprodutivos. Com relação à gestação de homens trans, o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT) do Mato Grosso do Sul relata que é essencial que haja diálogo com profissionais da saúde sobre o uso de hormônios, e que pode ser necessário realizar a interrupção do uso de testosterona, uma vez que o hormônio pode atuar inibindo a ovulação. Cada caso deve ser avaliado individualmente, garantindo o respeito aos desejos de cada sujeito e a segurança da gestação. Entre as formas de concepção possíveis, destacam: relação sexual com penetração, inseminação caseira e reprodução assistida, como a fertilização in vitro ou intrauterina (IBRAT, 2025).

Dentro dessa discussão, Peçanha, Jesus e Monteiro (2023) destacam o movimento crescente de pessoas transmasculinas, que vêm se colocando publicamente enquanto pais biológicos, que buscam fomentar o debate sobre paternidade transmasculina, utilizando, muitas vezes, perfis e

páginas *online*, visando conscientizar e demonstrar que famílias trans existem e importam, podem concretizar seus projetos reprodutivos e parentais, e assim por diante.

Entretanto, a questão reprodutiva de pessoas transmasculinas ainda encontra diversas barreiras, como o fato de as tecnologias de reprodução assistida terem sido produzidas para atender demandas de casais cisheteronormativos e inférteis. Apesar dos entraves, os autores destacam que a luta pela autonomia reprodutiva se configura como uma das pautas de pessoas transmasculinas, que demonstram a possibilidade de gestar, parir e amamentar como não sendo exclusivas de pessoas cisgêneras. A negação desses direitos reflete diretamente na saúde física e mental dessas pessoas, e considerando o contexto da APS, especificamente, refletimos sobre a realização do pré-natal, o acompanhamento pós-parto, momentos em que essas pessoas necessitam de assistência, acolhimento, práticas de cuidados, e podem ter esses direitos negados diante de um sistema de saúde que não reconhece os direitos sexuais e reprodutivos dessas pessoas:

Atitudes como o não respeito ao nome social, trocar os pronomes, chamar a pessoa gestante e puérpera de mãe, mesmo ela apontando seu desejo de ser denominada de outra forma, como pai, são exemplos de como violência obstétrica incide sobre as transmasculinidades (Peçanha, Jesus & Monteiro, 2023, p. 99).

Também aparece como relevante nessa discussão a temática da menstruação de pessoas transmasculinas, havendo um debate recente sobre a utilização do termo “pessoas que menstruam”. A expressão tem gerado incômodo entre mulheres cisgêneras e feministas, que problematizam o uso do termo “pessoa” e não “mulher”. Entretanto, Peçanha, Jesus e Monteiro (2023) nos ajudam a compreender que a utilização da palavra “pessoa” contribui para o enfrentamento do apagamento de homens trans e pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo que menstruam e de seus direitos sexuais e reprodutivos. O cissexismo opera invisibilizando a pluralidade de pessoas trans e uma das formas de enfrentamento se dá,

também, por meio da linguagem, visibilizando experiências apagadas historicamente. A utilização do termo se dá para evidenciar o ponto principal, não só mulheres cisgêneras menstruam e podem engravidar.

Mais do que um mero embate de palavras, este debate se refere à autonomia dos homens trans, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexo que menstruam sobre os seus próprios corpos, tendo impacto concreto no seu acesso a políticas de saúde pública e privada e até mesmo o direito à vida, o que, esperamos, evidencie na cena pública a relevância desse debate, que impacta corpos para além/aquém dos cisgêneros (Peçanha, Jesus & Monteiro, 2023, p.

Destacar as demandas de pessoas trans com relação aos direitos sexuais e reprodutivos se faz relevante, uma vez que é necessário produzir enfrentamentos às universalizações do que é ser mulher, como se a única possibilidade fosse a cisgeneridade, e da menstruação e da gestação como experiências exclusivas desse sujeito mulher cisgênero, perspectivas legitimadas e reiteradas pelos discursos cissexistas. O enfrentamento se faz necessário também como estratégia contra a invisibilização de pessoas trans, o que prejudica o acesso ao sistema de saúde, ao atendimento acolhedor e a práticas profissionais não-transfóbicas. A seguir, trazemos uma tabela elaborada por outras autoras, e que pode colaborar com atendimentos que gerem menos constrangimentos e violências às pessoas trans (Bittencourt & Bittencourt, 2020, p. 507):

Quadro 1. Linguagem de gênero neutro para usar durante a consulta

Com gênero	Sem gênero
Vulva	Área pélvica externa/parte externa
Lábios	Dobras externas
Vagina	Abertura genital/canal interno
Útero/ovário	Órgãos internos
Seios	Peito
Papanicolaou	Rastreamento de câncer
Calcinha/sutiã	Roupa íntima
Menstruação	Sangramento

Lionço (2008) destaca que a população LGBT encontra-se vulnerável com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, o que não se relaciona a orientação sexual e identidade de gênero dessas pessoas, mas a determinantes sociais que inserem os modos de vida e as práticas sexuais desses sujeitos como desviantes, deixando-os à margem. Nardi, Rios e Machado (2012, p. 262) problematizam o campo dos direitos sexuais e reprodutivos ao questionar: “Como não engessar os direitos sexuais e reprodutivos em um discurso que coloca algumas identidades no centro das preocupações e outras em sua periferia? O que compõe nossa construção de sujeitos “mais de direitos” do que outros?”. Os autores denunciam que as agendas da saúde se estruturam e se legitimam a partir de binarismos tão conhecidos por nós: homem/mulher; feminino/masculino; homossexualidade/heterossexualidade; entre outros. Tais binarismos, na medida em que organizam e direcionam as práticas de saúde, produzem empecilhos para a concretização dos princípios da integralidade e da equidade em saúde, assim como para a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto direitos humanos. No campo da saúde, portanto, opera uma perspectiva hegemônica, e tal perspectiva tem como pressuposto o sistema binário de sexo. Aqueles corpos que fogem a tal (cis)tema se encontram marginalizados e invisibilizados, se tornam alvo de descuido à saúde. Ou seja, a partir de tais concepções excludentes sobre sexo e gênero, determinados sujeitos

que experienciam outras possibilidades de expressão da sexualidade e do gênero são excluídos do campo de análise e de cuidado.

É também só a partir de um olhar que desconfia, por assim dizer, das categorias binárias, de um olhar que amplia essas categorias, tornando-as menos definitivas, menos óbvias e menos homogêneas, que poderemos fazer uma incursão no terreno dos direitos sexuais e reprodutivos com um olhar mais amplo, talvez mais conturbado e mais perturbador, mas certamente mais efetivo (p. 264).

Trazemos para a discussão da saúde sexual e reprodutiva, portanto, a urgente necessidade de desconstrução da lógica do binarismo e das políticas da exceção, o que parece ser um dos grandes desafios contemporâneos no campo que articula gênero, sexualidade e saúde (Nardi, Rios & Machado, 2012).

Questões de Saúde Mental e impactos da LGBTQIA+fobia

A PNSILGBT (2011) traz, em suas considerações iniciais, a necessidade de atenção especial à saúde mental de pessoas LGBT, e em seus objetivos específicos aponta para a necessidade de reduzir problemas relacionados à saúde mental dessa população. Entendemos que a saúde mental é apontada como um aspecto que deve receber atenção quando pensamos na saúde da população LGBTQIA+, pois tais pessoas vivenciam, em seu cotidiano, diversas violências baseadas na orientação sexual e na identidade de gênero, ou seja, violências produzidas pela LGBTfobia que atravessa os diversos espaços nos quais esses sujeitos transitam e ocupam, entre eles os espaços da saúde. Como refere a PNSILGBT (2011), as discriminações por orientação sexual e por identidade de gênero incidem na determinação social da saúde, produzem sofrimento e adoecimento, em decorrência do preconceito e do

estigma social reservado às pessoas LGBT. A fala de Alan (homem cisgênero, gay, negro) traz sua perspectiva sobre o tema:

Eu acho que até a questão psicológica deveria ser mais tratada até do que esses assuntos, porque são pessoas que sofrem violências desde a infância, têm suas identidades negadas, constrangidas. E eu pelo menos não lembro de ter visto nada, campanhas relacionadas a saúde psicológica dessas pessoas, sempre vejo só sobre infecções por ISTs.

Não visamos hierarquizar quais questões de saúde são mais importantes ou devem receber mais atenção por parte de profissionais da APS, mas destacar, como Alan fez, que pessoas LGBTQIA+ sofrem violências desde a infância e, nesse sentido, estão expostas a situações que pessoas heterossexuais e cisgêneras não enfrentam e que incidem sobre a saúde mental, tema ainda pouco considerado por profissionais de saúde, como refletiu Mônica (mulher cisgênero, bissexual, parda): “A questão psicológica, de saúde mental mesmo, por conta das críticas, falta de respeito, aí eu acho que isso é uma coisa mais específica. Porque alguém que é hetero não sofre esse tipo de preconceito”. Segundo o Grupo Gay da Bahia (2024, p. 47), compreendem-se como Determinantes Sociais da Saúde os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma comunidade”. Assim, entendemos que a violência contra pessoas LGBTQIA+, motivada pela orientação sexual e/ou identidade de gênero, se configura como um fator social de risco à saúde mental dessas pessoas. O dossiê ressalta que esses riscos aumentam ainda mais conforme os indivíduos integram concomitantemente outros grupos minoritários, ou seja, quando diversos marcadores sociais da diferença se interseccionam e marcam os corpos desses sujeitos de diferentes formas, estando alguns corpos no alvo de discriminações interseccionais, enquanto outros não. Em estudo realizado por Puckett *et. al.* (2017), os autores compartilham dados sobre pessoas lésbicas, gays e bissexuais apresentarem maiores níveis de psicopatologia, quando

comparados a pessoas heterossexuais, o que teria relação com as condições adversas enfrentadas por esses sujeitos. Podemos utilizar o conceito de “estresse de minoria” para refletir sobre tais dados:

O EM é adicional aos estressores comuns com os quais todas as pessoas têm contato. O diferencial é que pessoas estigmatizadas precisam se adaptar em maior nível às situações do que os não estigmatizados, por vivenciarem esses estressores específicos que se somam aos estressores cotidianos. O modelo do EM abarca três tipos de estressores: 1) experiências de vitimização (qualquer experiência de preconceito, rejeição, violência e agressão em relação à orientação sexual de uma pessoa); 2) HI (ideias aversivas acerca da própria homo ou bissexualidade); e 3) ocultação da identidade sexual (quando o indivíduo esconde de si e/ou de seus pares sua identidade LGB) (Meyer, 2003 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020, p. 404).

Vale considerar que o estresse de minoria é vivenciado de forma diferenciada em cada grupo que compõe a sigla LGBTQIA+, pois os diversos marcadores se interseccionam, como gênero, orientação sexual, raça e classe, nas experiências desses sujeitos. Pessoas bissexuais, por exemplo, aparecem em diversos estudos como sujeitos que vivenciam desvantagens específicas, pois a identidade sexual é geralmente lida como “fase” ou “indecisão”, “confusão”; também há a vivência de discriminação intragrupo, ou seja, por parte de outras pessoas da comunidade LGBTQIA+ (Goodine, 2015; Kertzner, Meyer, & Frost, 2009 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). Alguns estudos também indicam maior incidência de quadros como ansiedade, depressão e maiores índices de ideação e tentativas quando se comparam pessoas bissexuais com gays, lésbicas e heterossexuais (Flanders, Dobinson, & Logie, 2017; Taylor, 2018 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). Assim, o impacto sobre a saúde mental de pessoas LGBTQIA+ não se dá de forma homogênea com relação a

todas as letras que compõem o grupo e também tem relação com fatores protetivos, como discutiremos mais adiante.

Retomando a fala de Alan, temos que, além de destacar a importância da atenção à saúde mental de pessoas LGBTQIA+ na APS, o participante aponta para a invisibilização do tema. Tal invisibilização pode estar atrelada aos tabus que ainda persistem quando falamos sobre saúde e adoecimento mental, o que aparece na narrativa de Gilberto (homem cisgênero, gay, pardo):

Então hoje a saúde mental pra gente ainda tá muito, é algo que é essencial, e que é pouco falado, porque ainda existe muito estigma da saúde mental. “Só procura psicólogo quem é doido, só vai pra psiquiatra quem precisa tomar remédio porque num sei o que”. Aí tem o outro lado: “não, ele vai pro psicólogo porque ele quer se curar, ele tá confuso, não, vamos levar no psicólogo porque vc não tá entendendo”. E não, não é isso! A gente não vai pro psicólogo por isso, eu sei que sou gay, mas é pra aprender a lidar com isso, de uma forma de tirar de você todos os estigmas que o mundo hetero lhe coloca.

Considerando a fala de Gilberto, que aponta para ideias ainda arraigadas no imaginário social, sobre a busca por cuidado em saúde mental e a existência de um quadro de loucura (colocado, sempre, de forma pejorativa), destacamos as considerações de Rocha, Hara e Paprocki (2015), sobre os estigmas serem uma importante barreira para pessoas com sofrimentos/transtornos mentais. Esses sujeitos correm o risco de serem evitados por amigos, familiares, sofrerem discriminações em diferentes espaços, como ambiente de trabalho, familiar e escolar e acabam sofrendo pelo adoecimento mental e pelos estigmas sociais relacionados a ele. Soma-se, a isso, o fato de que pessoas que fogem à cisheteronormatividade também podem ser alvo de discriminações por fazerem parte da comunidade LGBTQIA+, o que complexifica o quadro. Tal realidade, como nos indica Gilberto, pode dificultar a busca por cuidados em saúde mental. Mari (mulher cisgênero,

lésbica, negra) também fala sobre amigos que preferem não buscar atendimento, por receio de que seus sofrimentos sejam diminuídos:

Tenho muitos amigos que eles ficam muito mal, entendeu? Por não ser aceito, né? E hoje em dia muitos não procuram nem atendimento, né? Porque muitos acham, infelizmente ainda tem o tabu, né, de que é frescura, né? Que ansiedade e depressão é frescura, né?

Assim, a deslegitimação de questões de saúde mental, como “frescura”, ou “besteira”, falas que aparecem constantemente em pacientes atendidos no cotidiano das UBS (quando trazem a compreensão de familiares e amigos sobre o tema, por exemplo), acabam também se configurando como um estigma que dificulta a busca por acompanhamento e cuidado.

Atualmente, no Brasil, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se configura como uma rede plural, que articula diversos pontos de atenção, que devem atuar de forma integrada, para dar respostas às demandas e necessidades apresentadas pelas pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas, bem como a seus familiares (Ministério da Saúde, 2022). A RAPS foi fruto das conquistas obtidas pelo movimento da reforma e da luta antimanicomial. O cuidado em território passa a ser a baliza fundamental da RAPS, o enfrentamento à lógica manicomial, na qual os sujeitos eram aprisionados, tinham seus direitos minados, eram excluídos da sociedade e não vivenciam possibilidades de reinserção familiar e comunitária foram duramente questionados pelos sujeitos que lutaram em defesa de uma nova rede de cuidados em saúde mental. Dentro dessa nova rede, a APS se configura como um dos componentes da RAPS, e sendo a principal porta de entrada do SUS deve identificar de forma precoce sujeitos do território que apresentam sofrimento e/ou transtornos mentais, além de acolher esses sujeitos, acompanhar pessoas com quadros leves a moderados e estáveis, mantendo interlocução com os demais componentes da RAPS. A APS deve encaminhar pacientes para outros pontos da rede, de acordo com a complexidade e com o fluxo local; as ações de promoção de saúde

e prevenção de agravo devem fazer parte do cotidiano das UBS, segundo orienta o Ministério da Saúde (2022). Ainda pensando na APS, especificamente, temos os apontamentos trazidos pelo documento *Human Resources and Training in Mental Health*, da Organização Mundial da Saúde (2005), no qual consta que quando sujeitos buscam atendimento em saúde mental em serviços gerais de saúde, como pode ser considerado o posto de saúde, isso ajuda na redução dos estigmas, se comparar-se com a procura por serviços especializados de saúde mental. Entretanto, destaca-se que entre profissionais generalistas, os estigmas com relação à saúde mental são um problema importante, já que esses profissionais podem ser os primeiros a terem contato com pessoas com algum sofrimento mental. Dandara (travesti, bissexual, preta) relembra ocasião na qual buscou o médico da UBS e a forma pela qual o atendimento foi ofertado lhe impactou imensamente:

A questão da invisibilidade que foi algo que me marcou muito, que foi um baque muito grande, de eu tá sendo consultada com um médico que me tem no *instagram*, que me vê feminina, que é LGBT, e em nenhum momento teve a empatia de me questionar (como queria ser chamada), de me perguntar, de me acolher, aquilo me afetou de forma direta no meu psicológico, e assim, eu sou uma pessoa que eu me considero que eu tenho até uma força, uma estabilidade maior, porque... outra pessoa poderia simplesmente ficar travada, e não ir mais de jeito nenhum (à UBS).

Apesar do cuidado em saúde mental ser essencial na APS, observamos que esse campo também pode se constituir como um vetor de adoecimento mental, por meio da ausência de acolhimento, de práticas discriminatórias e excludentes. Vale salientar que o movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil traz como princípio a não discriminação por orientação sexual, presente na Lei N. 10.216, de 2001 (Brasil, 2001, s.p.), em seu artigo 1º, “os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual (...)”. Sendo a atenção básica um componente essencial da RAPS, e considerando que pessoas LGBTQIA+ podem

vivenciar processos violentos ao buscar acompanhamento em saúde mental nas UBS, é essencial que marcadores sociais de saúde, como gênero e sexualidade, sejam considerados pelos profissionais atuam nesses espaços, visando o enfrentamento e a diminuição de situações discriminatórias, possibilitando um cuidado efetivo em território, entendendo que uma RAPS comprometida com a desmanicomialização articula-se não somente aos aprisionamentos físicos em instituições, mas também aos aprisionamentos cisheteronormativos, uma vez que se refere à lógicas de captura dos sujeitos e das suas subjetividades. Como apontado também por Gilberto (homem cisgênero, gay, pardo):

E aí você às vezes procura um centro de saúde de um médico que tá lá pra salvar vidas e enfim. Eu como leigo vou ali procurar uma ajuda de algo que estou sentindo no meu corpo e acabo saindo de lá lesado emocionalmente; então quando a gente vê esse tipo de agressão, dentro da comunidade, a gente já vem desde criança com o psicológico muito abalado. Por conta disso, desses estigmas, desses pré-requisitos que a sociedade já estabelece dentro da gente, e aí se a gente for pra dentro desses espaços e se dentro desses espaços a gente não conseguir o acolhimento, faz é ferrar ainda mais.

Ou seja, pessoas LGBTQIA+, caso busquem a APS por conta de alguma questão relacionada à saúde mental, ou outras questões, podem vivenciar situações nas quais se sintam descredibilizadas ou estigmatizadas por estarem vivenciando algum sofrimento mental, o que acabaria por afastá-las da unidade de saúde. Pensando novamente na ideia de uma necropolítica genderizada (Silva, Barros, Nunes & Benício, 2022), entendemos que são postas em ação políticas de morte através do desinteresse do Estado e das instituições em produzir cuidado à saúde mental dessa população, principalmente diante de um cenário conhecido nacionalmente, no qual pessoas LGBTQIA+ sofrem violências diárias e apresentam sofrimentos mentais decorrentes disso, que podem levar ao autoextermínio: “No caso da população sexo-gênero-diversa, as pessoas que mais colocam em xeque a normatividade são as mesmas que, diante das agressões difusas e dos

obstáculos sociais, perdem o direito à vida antes mesmo de tirá-la”. (Baére, 2019, p. 136). A falta de acolhimento, de escuta e atenção acaba por afetar esses sujeitos de forma negativa e traz mais prejuízos psicológicos. Ao mesmo tempo, produzir cuidado no território ajuda na desmistificação do adoecimento mental, o que precisa ser incentivado na APS e se configura, portanto, como um importante desafio para o SUS. O fortalecimento da RAPS e da articulação entre os seus componentes se mostra como tarefa importante para o cuidado à saúde mental de pessoas LGBTQIA+, cuidado a ser construído no território, livre das lógicas manicomiais.

Outro aspecto da fala de Gilberto é relevante. Ele nos fala sobre o risco de que, ao buscar cuidado em saúde mental, haja uma leitura social de que está buscando cura para sua orientação sexual. Diante de um contexto nacional na qual existem vertentes, dentro da própria Psicologia, que buscam validar e legitimar práticas que incentivam a busca pela suposta cura de uma homossexualidade ou transexualidade, torna-se urgente que se produzam formas de enfrentamento a esses discursos sociais, tanto no campo das diferentes profissões que compõem o campo da saúde, como no campo do senso comum. Enquanto profissionais da saúde, precisamos enfrentar discursos e práticas que buscam associar o sofrimento mental vivenciado por pessoas LGBTQIA+ à orientação sexual e/ou identidade de gênero, e desviam do foco a causa desse sofrimento, ou seja, a cisheteronormatividade compulsória, que produz opressões sociais, marginalizações e violências.

Quando Gilberto fala sobre buscar tirar de si os estigmas colocados pelo mundo heterossexual, entendemos que está se referindo ao que Rocha, Hara e Paprocki (2015) chamam de autoestigma, que se refere à internalização de visões estigmatizantes e discriminatórias produzidas por outras pessoas, mas que acabam sendo absorvidas pelos sujeitos, uma vez que estão inseridos nessa cultura e são atravessados pelas mesmas construções sociais que pessoas cisheteronormativas. Assim, Gilberto fala sobre a busca de cuidado em saúde mental para lidar com todas as violências sofridas, com as possíveis autoestigmatizações frutos da LGBTQIA+fobia, e não para deixar de ser quem se é, em busca de uma cura imaginária.

Dentre os aspectos apontados pelas pessoas participantes, como um dos efeitos da LGBTQIA+fobia sobre a saúde mental de pessoas LGBTQIA+, também estão as tentativas de suicídio. Baére (2019, p. 130) informa que:

O comportamento suicida deve ser compreendido como uma sequência, que abarca a ideação suicida e os pensamentos sobre a morte; o planejamento sobre o suicídio, que pode ficar no campo da abstração ou se tornar algo mais concreto; e, por fim, as tentativas de autoextermínio, que podem ou não resultar em morte.

Concordamos com Baére (2019) quando o autor aponta a importância de que o suicídio seja entendido como um fenômeno complexo, não se restringindo a um psicodiagnóstico. Há uma estimativa de que mais de 90% dos óbitos por suicídio ocorram em pessoas com algum transtorno mental (Botega, 2015). Entretanto, não se pode ignorar os fatores contextuais e a história de vida de cada sujeito, que se combinam a uma possível psicopatologia e se relacionam com o comportamento suicida. Assim, ao considerarmos pessoas LGBTQIA+, se se configuram como uma minoria social, precisamos levar em conta elementos sociodemográficos, como afirma Baére (2019), e não considerarmos que existe uma única motivação para o ato, e sim uma multiplicidade de condições.

Em dossiê produzido pelo Grupo Gay da Bahia (2024), foram registrados 18 suicídios em 2023, o que corresponde a 7,83% das mortes de pessoas LGBTQIA+ no Brasil neste ano. É importante destacar que existem obstáculos na contabilização dos casos de tentativas e óbitos por suicídio de pessoas LGBTQIA+ no Brasil. Na Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, por exemplo, o campo relacionado à identidade de gênero só foi inserido de 2014 para 2015, como refere Baére (2019). Ainda que exista esse campo e o item de orientação sexual, muitos profissionais não os preenchem. Os atestados e declarações de óbito não trazem item algum relacionado à orientação sexual e à identidade de gênero,

afirma o mesmo autor. Portanto, em um país com altos índices de LGBTQIA+fobia, temos uma realidade de subnotificação de casos e a ausência de informações dificulta que a realidade seja conhecida. Diante da impossibilidade de dados reais por meio dos documentos oficiais, são utilizados dados que circulam na mídia, levantamentos realizados por entidades, como o Grupo Gay da Bahia (GGB). O documento supracitado aponta para a relação entre tais mortes e a vivência de LGBTIfobia estrutural, que atravessa e impacta a saúde mental dessas pessoas, levando a intenso sofrimento psíquico e ao suicídio:

Nestes casos, o sofrimento é marcado por um determinante social, no sentido do preconceito em si impactar a saúde mental de pessoas LGBTI+. Não se tratam de “pessoas doentes” por conta de sua identidade de gênero ou sexualidade, mas adoecidas pela violência social que as acometem (Grupo Gay da Bahia, 2024, p. 29).

O aspecto do adoecimento mental de pessoas LGBTQIA+, que leva ao suicídio dessas pessoas, não diz respeito a um risco inerente, por estarem fora da cisheteronormatividade, mas sim pelos estigmas e violências produzidas em uma sociedade que ainda toma a heterossexualidade e a cisgeneridade como norma, utilizando tais normas como ferramenta de exclusão, culpabilização, marginalização, gerando, assim, adoecimentos severos. Assim, precisamos estar atentas e atentos, enquanto profissionais da saúde e, mais especificamente, profissionais do campo da saúde mental, a ouvir as expressões de sofrimento mental de pessoas LGBTQIA+ em articulação aos contextos de violência aos quais esses sujeitos são submetidos, entendendo que as normativas de gênero e sexualidade se articulam ao sofrimento vivenciado por essas pessoas deslocando a visão individualista que se constrói sobre a temática do suicídio, que atribui ao indivíduo e a um suposto transtorno mental a causa de uma ideação suicida, por exemplo, e desconsidera fatores fundamentais como a LGBTQIA+fobia.

Baére (2019) aponta que, quando se afirma que o sofrimento mental vivenciado por pessoas LGBTQIA+ se refere às suas “escolhas”, ou seja, a orientação sexual e/ou identidade de gênero, ocorre uma responsabilização do sujeito pelo sofrimento psíquico e a invisibilização de condições estruturantes da sociedade, como as normas sociais que produzem sofrimentos. Retira-se da sociedade, das famílias, das instituições, a responsabilidade pelas violências cometidas e pela omissão frente a LGBTQIA+fobia cotidiana. No caso de sujeitos que cometem suicídios, existem discursos que atribuem a causa do ato a um psicodiagnóstico, o que também oculta os efeitos das violências sobre o desejo de morte. Dados divulgados pelo Conselho Regional de Psicologia de Alagoas¹⁸ sobre uma pesquisa realizada com 32.000 jovens, indicam que o risco de suicídio é de três a seis vezes maior para lésbicas, gays e pessoas adultas bissexuais do que para pessoas adultas heterossexuais, em todas as faixas etárias e raça/etnia. Pesquisa realizada por Teixeira Filho e Rondini (2012), na qual participaram com estudantes de escolas do interior de São Paulo, traz que o histórico de tentativas de suicídio é maior entre os não-heterossexuais quando comparados aos heterossexuais. Dentro do grupo de pessoas não-heterossexuais, pessoas bissexuais ou que responderam “outros” (não definidos) nos questionários foram os que apresentaram maior risco de autoextermínio. Em outra pesquisa (Baére, 2018) os índices de sofrimento psíquico severo entre pessoas bissexuais também foram mais elevados quando comparados com gays e lésbicas. Como citado anteriormente, alguns autores se referem ao “estresse minoritário” para se referir à exposição contínua à LGBTQIA+fobia, que estaria relacionado à maior vulnerabilidade de pessoas LGBTI+ à depressão e ao suicídio, como indicam Miskolci, Signorelli, Canavese, Teixeira, Polidoro, Moretti-Pires, Souza e Pereira

¹⁸ [Conselho Regional de Psicologia - 15ª Região » PESQUISA REVELA O RISCO DE SUICÍDIO NA COMUNIDADE LGBT](#)

(2022). Roberta (mulher trans, heterossexual, parda) narra que, além de sentir sintomas ansiosos e depressivos, chegou a tentar tirar a própria vida:

Bom, eu já tive crise de ansiedade, medo, antes eu não passava por esses transtornos, já esse ano, por conta das discriminações, eu fiquei sem vontade de sair, me trancava no quarto, tentei me auto.... bom, me suicidar. Eu sempre penso muito nas pessoas antes de mim, quem eu vou deixar pra trás. Então por conta de discriminação eu tive ansiedade, depressão, mas nunca fui numa psicóloga, eu sempre tive que ser a minha psicóloga, me botar pra cima, me reerguer sozinha, porque eu sempre me sinto só. Eu olho pro lado e me sinto só.

Roberta considera que as discriminações produziram impactos em sua saúde mental, a ponto de tentar tirar a própria vida. O sentimento de solidão parece ter, também, peso significativo em sua vivência. Entendemos, a partir de Butler (2015), sobre quais vidas são passíveis de luto, pois a autora nos traz que certos corpos, ao romperem com a normatividade, deixam de ser reconhecidos como “sujeitos”, e suas “vidas” nunca serão reconhecidas como vidas: “Está vivo, mas não é uma vida. Situa-se fora do enquadramento fornecido pela norma (...)” (p. 22). Uma das formas de reconhecimento citadas pela autora diz respeito ao luto: uma vida precisa ser lamentada quando perdida para ser reconhecida como vida. Algumas perdas trazem impactos, geram vivências de luto, enquanto outras não geram nenhum pesar. Ao contrário, presenciamos a banalização da perda de vidas de pessoas que fogem à cisheteronormatividade, a naturalização da violência contra essas vidas, a falta de apoio a esses sujeitos quando sofrem violências públicas, pois, afinal, sujeitos que rompem à normatividade merecem acolhimento e suporte? A ausência de reconhecimento, com relação às pessoas LGBTQIA+, se dá pela discordância com relação à cisheteronormatividade, o que faz com que essas formas de vida deixem “de ter forma e vida” (p. 13) e deem lugar a um “discurso de morte” (Nagafuchi, 2020, p. 13). O autor aponta para o sentimento de abandono

que pode atravessar as experiências dessas pessoas, a ideia de que não há alternativa para construir caminhos compartilhados com outros sujeitos, ou que não há interesse de outras pessoas em construir vínculos afetivos. Assim, o sentimento de solidão se torna imperioso, fechando-se as possibilidades de construção de si e de um caminho que não seja atravessado pelos impactos da LGBTQIA+fobia. Assim, temos que:

Os discursos que naturalizam o comportamento suicida da comunidade sexogênero-diversa e que patologizam suas existências; o descaso do Estado com o levantamento de dados sobre os óbitos e tentativas de autoextermínio dessa população, obrigando-na a contar seus próprios mortos; a ausência de informações e do investimento em pesquisas nesta temática. Tudo isso são meios de desviar a atenção das políticas públicas dessa realidade, são formas de evitar a ampliação do debate em torno do impacto do preconceito e da discriminação na saúde mental da diversidade sexual e de gênero. Trata-se, portanto de uma rede de ações que opera na manutenção de um preocupante contexto, que indiretamente ceifa vidas que contestam as normas de gênero e de sexualidade (Baére, 2019, p. 136).

A aceitação e o suporte aparecem na narrativa de Lana (mulher trans, heterossexual, parda) ao trazer como a falta de acolhimento por parte de sua família e como a transfobia vivenciada impactaram sua saúde mental, fazendo com que preferisse tirar a própria vida a ter que negar a si mesma:

Foi mais por questões da família mesmo, pelo fato deles não aceitarem, aquilo ficava na minha cabeça e eu não conseguia tirar aquilo da minha cabeça. Até pensei em tirar minha própria vida. Então eu falei assim: “se não dá pra mim viver do jeito que eu quero viver, eu não vou viver. Eu prefiro tirar minha vida e acabar com tudo e pronto”.

Considerando o estresse de minoria, citado anteriormente, temos que essa teoria considera a existência de fatores de proteção, que auxiliam no enfrentamento dos estressores vivenciados pelos sujeitos estigmatizados pela identidade sexual (Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). São considerados fatores protetivos em nível individual, referentes às características dos próprios indivíduos (*coping* e auto aceitação, por exemplo), e em nível grupal, como o apoio social (Meyer, 2003 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). Na pesquisa de Nagafuchi (2020), alguns relatos trouxeram “como ter feito parte de uma comunidade inclusiva fez diferença para que fosse possível se sentir como parte da vida” (p. 17). Assim, pensando os territórios nos quais transitam esses sujeitos e a APS como porta de entrada para o sistema público de saúde, destaca-se a importância de que ela se configure como local de acolhimento, escuta e cuidado, fornecendo apoio social a pessoas LGBTQIA+ que buscam a unidade de saúde, fortalecendo os fatores protetivos existentes para esses sujeitos.

Ao falarmos sobre suicídio, Botega (2015) aponta para a existência de fatores predisponentes e fatores precipitantes. Fatores predisponentes dizem respeito aos acontecimentos que ocorrem durante a trajetória de vida do sujeito e fatores precipitantes são eventos encadeadores, gatilhos para que o comportamento suicida se manifeste. Assim, podemos pensar como relações familiares precarizadas ou dificuldades na construção de laços sociais e afetivos, por conta da LGBTQIA+fobia, podem ser consideradas fatores predisponentes. A vivência de situações de transfobia em um espaço de saúde, o término de um relacionamento, entre outros, podem ser lidos como fatores precipitantes. Já sobre fatores protetivos, Tagliamento *et. al.* (2020) referem que as redes de apoio se configuram como estratégias que promovam bem-estar, saúde e qualidade de vida, podendo ter o envolvimento de profissionais, instituições sociais ou pessoas próximas (como familiares e amigas(os), por exemplo) e que diminuem os impactos das violências sofridas. Na pesquisa desenvolvida

pelos autores, com 19 pessoas da comunidade LGBT, os resultados trouxeram que as redes de apoio, tanto aquelas compostas por serviços/profissionais, como as religiosos, de amigas(os) e/ou familiares, contribuem para o aumento e o fortalecimento da autoestima, segurança e confiança, o que facilita o enfrentamento dos estigmas, das discriminações e de suas consequências sobre a saúde mental. Dessas formas, os autores destacam que as redes de apoio são fontes de suporte no enfrentamento das situações experienciadas no cotidiano, auxiliam os sujeitos no fortalecimento da saúde mental, “sendo consideradas de grande relevância para reduzir os impactos negativos da LGBTfobia e proporcionar uma maior autonomia e emancipação das pessoas LGBTs” (p. 101). A fala de Lana nos coloca diante de como a ausência de suporte familiar pode ser algo violento para pessoas trans, levando a um sofrimento tão intenso que gera ideias suicidas. Associamos a experiência de Lana ao que foi relatado na pesquisa de Tagliamento *et al.* (2020), pois participantes da pesquisa, entre eles três pessoas trans, revelaram que vivenciaram acolhimento e suporte por parte da família, o que os ajudou a lidar melhor com as violências sofridas socialmente. Na medida em que pessoas LGBTQIA+ são alvo de homofobia, lesbofobia, bifobia e transfobia em diversos espaços sociais nos quais transitam, a existência de um ambiente familiar que os protege de tais violências e os fortalece enquanto sujeitos, por meio do acolhimento, da aceitação e do cuidado funciona como um fator protetivo, que potencializa as possibilidades de auto aceitação, autonomia e empoderamento desses sujeitos. O ambiente familiar mostra-se, assim, relevante, uma vez que:

O acolhimento, o suporte emocional e a aceitação familiar colaboraram significativamente para o alcance de maior qualidade de vida, reduzindo as sensações causadoras de prejuízos de ordem psicológica. Além disso, pesquisas sugerem que jovens pertencentes a famílias protetivas possuem melhor autoestima, sociabilidade e equilíbrio emocional, havendo uma redução dos sintomas de depressão, ideiação suicida e do uso

prejudicial de substâncias psicoativas, se comparadas(os) com jovens pertencentes a famílias violentadoras (Tagliamento *et. al.*, 2020, p. 103-104).

Na experiência de Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra), a falta de aceitação se torna fator de adoecimento, citando especificamente homens gays que convivem com ela: “Tenho uns amigos gays que são extremamente depressivos por conta da não aceitação da família, os próprios amigos, né também, na própria escola”. A participante cita diferentes atores sociais que atuam como fatores de adoecimento, na medida em que não aceitam a orientação sexual de um sujeito. O The Trevor Project (2019), uma organização mundial de prevenção ao suicídio entre pessoas LGBTI+, indica que conviver com um adulto próximo que aceite e acolha a pessoa que não se enquadra na cisheteronormatividade reduz em 40% a chance de tentativa de suicídio. Outros estudos também indicam que há relação entre menores índices de apoio social e um maior comprometimento da saúde mental de pessoas LGB (Bränström, 2017 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). O apoio dos pais também aparece como estando relacionado a melhores indicadores de saúde e a rejeição da família é associada a maiores chances de desenvolver um quadro de depressão, abuso de substâncias e à ideação suicida (Zimmermann, Darnell, Rhew, Lee, & Kaysen, 2015 citado em Paveltchuk, Borsa & Damásio, 2020). Diante do sofrimento mental ocasionado pelas violências LGBTQIA+fóbicas, da falta de aceitação por parte de familiares e da sociedade em geral, a vinculação a outros sujeitos, grupos e instituições onde se experienciam outras possibilidades de vida, que não sejam atravessadas pelas violências cotidianas, parece atuar como um fator protetivo e que diminuiria os riscos de suicídio entre pessoas LGBTQIA+.

Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra) também destaca que, na vivência de pessoas trans, o desrespeito ao pronome escolhido, por exemplo, ou do nome que a pessoa deseja utilizar, se configuram como violências que afetam emocionalmente esses sujeitos e podem levar a situações de suicídio:

Mas pra eles isso é extremamente importante. Pra eles isso é uma ofensa, sabe? Não mudar o ele/dele, pra eles é uma ofensa. A forma como eles são vistos, cara, isso afeta demais emocionalmente. E essa questão emocional também influencia muito também na questão de humor. Tanto que existe muitos trans que estão cometendo suicídio, justamente por conta disso. Porque são mudanças drásticas de hormônio, né, e essa não aceitação da sociedade, que infelizmente ainda não aceita. Não saber chamar ou respeitar. Infelizmente isso afeta muito psicologicamente.

Dados do Dossiê do Observatório de mortes e violências LGBTI+ no Brasil (2023), indicam que, dentre as pessoas LGBTI+ vítimas de mortes violentas no Brasil em 2023, 61,74% eram travestis ou mulheres trans, 5,65% eram homens trans e 0,43% não binárie. Ou seja, a maioria das vítimas eram pessoas não cisgêneras, o que leva o Brasil a continuar no topo entre os países que mais matam pessoas transexuais no mundo. Além das violências que se tornam fatais, pessoas trans vivenciam, cotidianamente, aniquilamento de si, de suas escolhas e de suas vidas, o que ocorre por meio do desrespeito ao nome escolhido, ao pronome, aos seus traços, roupas, cabelos, e assim por diante, como narrado no terceiro capítulo desta tese. Tais vivências ocorrem, inclusive, dentro das UBS. Como reflexo, as pessoas trans aparecem em diversos estudos como estando mais suscetíveis do que pessoas cisgênero a depressão, ansiedade, suicídio, abuso de substâncias psicoativas, entre outros (Alvares, Penna, Garcia & Falcke, 2022). Na revisão de literatura realizada pelas autoras, foram encontrados 17 artigos sobre saúde mental de pessoas transgênero, entre 2016 e 2020. Destaca-se que não foram encontrados artigos produzidos no Brasil nesse período pelas autoras. Todos os artigos destacam agravos à saúde mental de pessoas trans, com altos índices de sintomas de depressão, ideação e tentativas de suicídio. A ausência de estudos sobre a temática no período da pesquisa realizada nos alerta para a pouca atenção que a saúde mental de pessoas trans pode estar recebendo, tanto no âmbito acadêmico, como social e político.

Vieira *et. al.* (2019) apontam que, para pensar sobre saúde mental para pessoas trans, é preciso considerar os atravessamentos que a psiquiatria construiu, trazendo para o debate a patologização das identidades trans. Ao olhar para a vivência de pessoas trans sob a ótica da doença mental, temos que as redes de saber-poder orientadas pela cisgeneridade produzem constantemente legitimações sobre quais corpos são legítimos ou não, inclusive com relação a pessoas trans. São criados discursos de verdade que apontam quais experiências trans são tidas como verdadeiras, e terão acesso aos processos e tecnologias de saúde oferecidos para essas pessoas, e quais experiências são menos legítimas. Por exemplo, o sofrimento compulsório, decorrente de uma incongruência entre mente e corpo, seria posto como necessário para legitimar experiências verdadeiras.

Os autores denunciam que diagnosticar pessoas trans possibilita a ocultação da responsabilidade da cisgeneridade e do binarismo de gênero pela exclusão social dessas pessoas e fornece o poder de legitimação de suas existências aos profissionais de saúde. Destacam, também, a importância do cuidado às pessoas trans na APS, e incluímos aqui o cuidado em saúde mental:

Em um contexto em que as políticas de saúde para a população trans seguem ainda entendidas como elementos da alta complexidade, uma vez que todos os cuidados são capturados por uma suposta necessidade de cirurgia como demanda suprema de todo o segmento, apostar na atenção primária como espaço de acolhimento e cuidado produz potências múltiplas na garantia de acessos e de direitos. Por um lado, o caráter territorializado de um acompanhamento integral e preventivo, quando atento para as linhas de exclusão que atravessam as pessoas trans mesmo em seus territórios, pode ser importante estratégia de vinculação e produção de redes de proteção muito próximas (Vieira *et. al.*, 2019, p. 169).

Os efeitos das transfobias cotidianas na constituição das subjetividades de pessoas trans, os impactos das exclusões e marginalizações, assim como das redes de apoio e fortalecimento

precisam estar na mira daquelas/es que se dedicam ao estudo das diversidades sexuais e de gênero e atuam no cotidiano dos serviços de saúde, para que um aspecto fundamental da saúde dessas pessoas não permaneça sendo invisibilizado.

Diante das discussões aqui empreendidas, entendemos que a saúde mental de pessoas LGBTQIA+ necessita de atenção por parte de profissionais que atuam na APS, uma vez que cada segmento desse grupo apresenta vulnerabilidades, está exposto a exclusões e violências, o que produz sofrimentos psíquicos intensos. Camila (médica, mulher cisgênero, bissexual, branca) afirma que, em sua unidade de saúde, as demandas por saúde mental entre os usuários LGBTQIA+ são maiores quantitativamente: “a principal busca e demanda é por saúde mental, lá na minha unidade. Então geralmente as conversas com as pessoas, a população LGBT, iniciam na consulta mesmo sobre saúde mental (...) eles chegam realmente por sofrimento psíquico, geralmente”.

A inclusão de ações de saúde mental na APS vai ao encontro do que é preconizado pelo SUS: a integralidade do cuidado, além dos princípios da Reforma Psiquiátrica, como destacam Hirdes e Scarparo (2015). As autoras afirmam que:

A integração da saúde mental na APS favorece as práticas de cuidado integral, pois contempla a concomitância de transtornos físicos e mentais, melhora o acesso aos serviços de saúde mental, promove os direitos humanos e reduz a lacuna entre a prevalência de transtornos mentais e o número de pessoas atendidas (p. 385).

Hirdes e Scarparo (2015) referem que a OMS, entre outras instituições mundiais, defendem a inclusão da saúde mental nos cuidados de saúde em geral, especificamente na APS. No Brasil, tivemos experiências pioneiras, como em Campinas (SP), Belo Horizonte (BH) e Sobral (CE) com a inserção do cuidado em Saúde Mental na APS por meio do apoio

matricial, metodologia relevante quando pensamos nessa inserção. Segundo Cunha e Campos (2011, p. 964):

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação.

Ou seja, a Equipe de Referência, por meio do apoio matricial, receberia retaguarda de profissionais de outras categorias, com ampliação dos cenários nos quais se realiza a atenção especializada (descentralizando essa atenção do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, por exemplo). Assim, na UBS, por meio do apoio matricial, podem ser desenvolvidas ações como atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, discussões de projetos terapêuticos, busca de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos, entre outras (Cunha e Campos, 2011). As autoras apontam que devem existir critérios acordados para o acionamento da equipe de apoio e as responsabilidades devem ser definidas entre os diferentes integrantes das equipes, tanto de referência como de apoio matricial.

Além dessa estratégia, tivemos a criação do NASF (atualmente convertido em Equipe Multiprofissional), equipe na qual existem profissionais especialistas em saúde mental. O trabalho da Equipe Multiprofissional da Atenção Básica traz a perspectiva de realização do processo de apoio matricial, com a produção de espaços coletivos de discussão e planejamento com as equipes de referência. Além disso, engloba outras atividades, como atendimento individual (que não deve ser prioritário), atendimentos compartilhados, ações nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com os

profissionais da ESF. Podem ser utilizadas ferramentas como o apoio matricial, a clínica ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST) (Hirdes & Scarparo, 2015). Entretanto, o que se percebe em estudos publicados sobre a atuação de profissionais da saúde mental, mais especificamente psicólogas/os, nas equipes multiprofissionais que atuam na APS, é uma atuação voltada prioritariamente para atendimentos individuais aos pacientes que foram atendidos pela equipe de referência e encaminhados para o acompanhamento psicológico, algo distante do que preconizam as políticas que falam sobre o cuidado em saúde mental na APS ser pautado em ações coletivas e no apoio matricial. Como refere Vieira *et. al.* (2019, p. 169):

No âmbito da Atenção Primária, ações preventivas em Saúde Mental passaram a ser incentivadas e pautadas em documentos oficiais, mesmo que a presença de profissionais teoricamente responsáveis por essa expertise nas Unidades Básicas de Saúde somente aconteça pela via do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou seja, em caráter de apoio.

Durante a discussão de um dos casos, um dos médicos presentes identificou a importância de, na consulta inicial com o médico da UBS, ser rastreado algum sofrimento psíquico: “já rastrearía o sofrimento psíquico que essa pessoa pode estar passando, né, algum tipo de preconceito, algum tipo de dificuldade que ela pode estar lá dentro da situação” (Tadeu, médico, homem cisgênero, heterossexual, pardo). Essa atenção à saúde mental nas consultas na APS favorece o reconhecimento precoce de possíveis sofrimentos psíquicos, possibilita que seja ofertado o cuidado necessário ao paciente, com ações de promoção e prevenção, articulação aos profissionais que atuam na UBS e que sejam especialistas em saúde mental, como psicólogas/os da Equipe Multiprofissional, sem que haja a fragmentação do cuidado ou a responsabilização do cuidado unicamente ao profissional de saúde mental.

Este é um desafio persistente na APS, uma vez que prevalecem práticas fragmentadas entre as diferentes categorias que atuam nas UBS, tanto da equipe de referência como da equipe multi.

Nesse sentido, o desenvolvimento de ações de apoio matricial nas UBS parecem ser uma importante estratégia, para que as ações sejam ampliadas, o cuidado seja compartilhado e o usuário receba cuidado no território, na APS, de forma integral: “A proposta de Equipe de Referência e Apoio Matricial para os serviços de saúde e para a rede assistencial visa enfrentar a tendência à fragmentação da atenção e desresponsabilização assistencial” (Cunha & Campos, 2011, p. 969).

Assim, mostra-se como importante que haja atenção a questões de saúde mental por profissionais que atuam na atenção básica, considerando, com relação à população LGBTQIA+, especificamente, como os estigmas e as violências que atravessam suas existências se relacionam aos processos de saúde e doença. As narrativas nos mostram a urgência de que a APS se configure como porta de entrada acolhedora e atenta para as demandas da população LGBTQIA+, produzindo aceitação e não exclusão desses sujeitos, ofertando uma atenção integral e integrada aos demais pontos da rede que se façam necessários.

Questões sobre o processo transexualizador no SUS e para além dele

Iniciamos este tópico com a seguinte reflexão, realizada por Vieira *et. al.* (2019, p. 168):

Em se tratando do atendimento às pessoas trans no contexto do Sistema Único de Saúde, tal observação não é diferente: cada sujeita(o) apresenta necessidades de saúde distintas, principalmente na medida em que se integram à produção de vida e à criação de condições para vivê-la.

Trazemos este recorte, pois, ao indagarmos pessoas que estão tanto dentro como fora das normas cisheterossexistas, muitas vezes, as demandas de saúde de pessoas LGBTQIA+, e mais

especificamente de pessoas trans, são colocadas como quase se restritas ao processo transexualizador, mais especificamente às cirurgias de redesignação sexual. Em 2008, a partir da articulação dos movimentos sociais, o Processo Transexualizador no SUS foi conquistado e instituído pela Portaria nº 457 (Brasil, 2008), que passou a regulamentar o processo e definiu como Unidade de Atenção Especializada no Processo Transexualizador as unidades hospitalares que oferecem “assistência diagnóstica e terapêutica especializada aos indivíduos com indicação para a realização do processo transexualizador e possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados a este tipo de atendimento” (2008, s.p). O processo transexualizador foi ampliado pela portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que ampliou os procedimentos ofertados para quem deseja realizar a cirurgia, trazendo uma série de cuidados que se iniciam na atenção básica e envolvem também a atenção especializada, com atendimento ambulatorial pré e pós-operatório, e serviços hospitalares, garantindo-se o atendimento integral de saúde às pessoas trans.

Na supracitada portaria, consta: “III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção” (s.p.). A portaria traz a Atenção Básica como um dos componentes da linha de cuidado da atenção aos usuários e usuárias com demanda para a realização das ações no Processo Transexualizador, sendo apontada como o componente “responsável pela coordenação do cuidado e por realizar a atenção contínua da população que está sob sua responsabilidade, adstrita, além de ser a porta de entrada prioritária do usuário na rede” (s.p.).

Ou seja, é a partir da APS que se inicia o cuidado e o acolhimento a pessoas trans que tenham (ou não) como demanda de saúde a realização do processo transexualizador pelo SUS, e a

responsabilidade desse acompanhamento não deve ser direcionada apenas aos pontos de atenção especializada, como ambulatórios e hospitais credenciados. Os procedimentos inclusos no processo transexualizador, segundo a portaria de 2013, englobam: Tratamento hormonal: refere-se à utilização de terapia medicamentosa hormonal, mensalmente (estrógeno ou testosterona); Redesignação sexual no sexo masculino: orquiectomia bilateral com amputação do pênis e neocolpoplastia (construção de neovagina); Tireoplastia: cirurgia de redução do Pomo de Adão com vistas à feminilização da voz e/ou alongamento das cordas vocais no processo transexualizador; Plástica mamária reconstrutiva bilateral incluindo prótese mamária de silicone bilateral no processo; Mastectomia simples bilateral: ressecção de ambas as mamas com reposicionamento do complexo aréolo-mamilar; Histerectomia com anexectomia bilateral e colpectomia: procedimento cirúrgico de ressecção do útero e ovários, com colpectomia; Cirurgias complementares tais como: reconstrução da neovagina realizada, meatotomia, meatoplastia, cirurgia estética para correções complementares dos grandes lábios, pequenos lábios e clitóris e tratamento de deiscências e fistulectomia; A equipe multidisciplinar é composta por psiquiatra, endocrinologista, enfermeira(o), médica(o) clínica(o), psicóloga(o) e assistente social. Já a portaria GM/MS nº 4.700, de 29 de dezembro de 2022, trouxe alterações aos critérios para a cirurgia de redesignação sexual e construção da neovagina: ter mais de 21 anos, ter passado pelo acompanhamento clínico e hormonal por dois anos, sendo este último autorizado no SUS a partir dos 18 anos de idade.

A citação que abre este tópico nos aponta para o cuidado que devemos ter com generalizações e universalizações: cada sujeito que se identifica como transexual apresenta necessidades de saúde que podem ser próximas, mas também apresentam necessidades únicas. Como refere Bagagli (2016), a afirmação de si não envolve, necessariamente, procedimentos médicos de hormonização e modificação corporal, se relacionando aos processos subjetivos de cada indivíduo, e não somente a tais procedimentos.

Considerando isto, trazemos que tais procedimentos podem ou não ser relevantes para as experiências de pessoas trans. Na presente pesquisa, alguns participantes destacaram aspectos que se relacionam aos procedimentos associados à transição de gênero como uma demanda importante do segmento trans, como a utilização de hormônios e procedimentos como mastectomia. Mônica (mulher cisgênero, bissexual, parda) relatou: “E eu acho que tipo... tem a questão de quem é trans, que tem as mudanças corporais... Porque as pessoas que são trans precisariam ter orientação sobre os hormônios, como tomar direitinho”; Roberta (mulher trans, heterossexual, preta): “É mais a questão dos hormônios, pra mim”; “Perguntar se faz uso de hormônio, se usa hormônio por conta própria, se já fez algum silicone industrial, essas coisas” (Vanessa, enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda); “A questão da mastectomia, tem isso, pra homens que estão transicionando. Tem o tratamento com a testosterona também né? Tem o acompanhamento com psicólogo, psiquiatra, não sei qual o tipo de acompanhamento psicológico” (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca).

As falas acima trazem percepções sobre algumas demandas de pessoas trans, com a citação de uma cirurgia, a mastectomia, e o uso de hormônios como uma demanda relevante para pessoas trans, e que é necessário haver orientação sobre o assunto. De acordo com as legislações vigentes, os procedimentos de hormonização são autorizados pelo SUS para pessoas a partir de 18 anos. Segundo Kruger, Sperandei, Bermudez e Merchán-Hamann (2019), as tecnologias biomédicas são procuradas por mulheres trans e travestis na busca pela construção de características consideradas femininas e para a supressão de traços apontados como masculinos, o que se dá a partir do desejo dessas pessoas, da busca de conforto, satisfação com sua auto imagem.

Há que se considerar, também, que a busca de hormonização pode estar atrelada a construção de uma imagem que se aproxime dos padrões considerados como “femininos” por mulheres trans, ou “masculinos”, por homens trans, baseando-se nas lógicas binárias que regulam

gênero e sexo em nossa sociedade, pois tal aproximação pode funcionar como uma forma de proteção às transfobias vivenciadas no cotidiano.

Thomazi, Ávila e Teixeira (2022) trazem dados de pesquisa realizada em Porto Alegre para implantação da Política Municipal de Saúde Integral LGBTQI+, entre 2017 e 2018, com 87 participantes, e informam que 69,2% (9) das mulheres trans apresentaram como demanda principal a utilização de hormônios; em outra pesquisa, realizada pelos autores, no Ambulatório Trans (Ambulatório T) da APS de Porto Alegre, 86,7% das mulheres trans indicaram como motivo principal de atendimento no Ambulatório T questões relativas ao processo de hormonização, semelhante às travestis, em que 75,0% demonstraram interesse no processo. Os homens trans entrevistados indicaram, em sua maioria (86,6) como motivo principal da busca por atendimento no Ambulatório T o processo de hormonização. Citam, também, que identificaram que 75% das pessoas não binárias desejavam incluir hormonização no processo terapêutico, para adquirir ou suavizar certas características corporais.

Ou seja, a principal demanda que levou as pessoas a procurar atendimento no Ambulatório T, em Porto Alegre, está relacionada à hormonização. No estudo de Kruger *et. al.* (2019), 84% das participantes faziam uso de hormônios e os compravam diretamente nas farmácias, sem receita médica, indicando uma alta prevalência de uso. Com relação aos homens trans, Avila, Pfeil e Frank (2019) identificaram que a demanda mais solicitada foi o uso de hormônios, aparecendo em 94,5% das respostas; a mamoplastia masculinizadora representa a segunda demanda, aparecendo em 66,4% dos relatos. Em uma das entrevistas realizadas, a percepção de que a mamoplastia masculinizadora é um fator importante para homens trans foi explicitada: “Tipo, a retirada das mamas, é muito difícil conseguir pelo SUS, cara, muito difícil. Eles todos eles desembolsam, porque acha que isso é o principal que eles querem, né? (...) A mama eles querem demais” (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra). Tanto o uso de hormônios como a mamoplastia masculinizadora podem ser vistos como procedimentos que colaboram com a diminuição de características lidas

socialmente como femininas, sendo importantes para homens trans, que buscam a afirmação de características com as quais se sintam confortáveis em seu próprio corpo.

Cazeiro, Galindo, Souza e Guimarães (2022) destacam, sobre o uso de hormônios, que muitas pessoas trans começam a fazer uso por meios informais, antes dos 18 anos de idade, correndo riscos de adoecimentos e até mesmo de morte, diante dos entraves e das dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Sobre este aspecto, trazemos um trecho da narrativa de Dandara (travesti, bissexual, preta), que articula alguns aspectos importante: a falta de acolhimento e informações no atendimento com o médico da APS, o uso de hormônios de forma independente por pessoas trans e o risco do uso sem acompanhamento adequado:

Recentemente eu fui... o que veio a minha mente foi a questão da transição hormonal.

Recentemente eu fui entrar em contato com o médico, fui perguntar a ele, e ele me passou informação muito básica. Só disse que em São Gonçalo a gente não tem endocrinologista, não tem como ver isso. Que se houver uma necessidade aí tem que ser transferido pra Fortaleza ou Caucaia. Foi uma coisa que mexeu comigo, porque pra mim é uma necessidade. Eu quero passar pelo processo de transição e eu não quero fazer como outras amigas minhas, que simplesmente vão na farmácia, compram o hormônio e tomam. Eu quero fazer tudo certinho, eu quero passar pelo endocrinologista, eu já faço uso de outros medicamentos psiquiátricos, então vai que tem alguma contraindicação?

Thomazi, Ávila e Teixeira (2022) indicam que 59,7% dos homens trans que fazem uso de hormônios buscaram o Laboratório T para obter auxílio e principal medicamento utilizado na hormonização de homens trans é a testosterona, que necessita de receita médica, o que nos ajuda a refletir que esse pode ser um dos motivos para que não haja tanta utilização prévia dos hormônios como entre mulheres trans, embora seja possível comprar esse medicamento por outras vias. Entre as mulheres trans, 48,2% faziam uso sem orientação de algum profissional de saúde. Mulheres trans e travestis fazem uso de progestágenos, estrógenos e antiandrogênicos. Entre as medicações

possíveis estão os contraceptivos, que não necessitam de receituário para compra, o que facilita o acesso.

Assim, vemos uma realidade na qual muitas pessoas trans podem se automedicar e se distanciar ou nem mesmo buscar os serviços de saúde, o que ocorre pela falta de orientações corretas, por exemplo, como narrado por Dandara, assim como pelo baixo quantitativo de serviços, de profissionais médicos capacitados para a prescrição correta dos medicamentos para essas pessoas, pelos preconceitos que atuam produzidos escutas desqualificadas, deslegitimação das demandas e necessidades de saúde de pessoas trans e patologizam suas experiências e desejos (Kruger *et. al.*, 2019).

Também destacamos que entre os motivadores para a busca de processos de hormonização por conta própria está o fator temporal. Braz (2017), ao compartilhar dados e reflexões de uma pesquisa sobre transmasculinidades no Brasil contemporâneo, aponta que a contraposição entre a urgência para iniciar os processos de afirmação de gênero, como a hormonização, e a demora para conseguir atendimento é tema recorrente na vivência de pessoas trans. O autor destaca a tensão entre os tempos oficiais, aqueles das instituições de saúde, jurídicas, entre outras, e o tempo vivido/subjetivo, de cada sujeito. Assim, o tempo, a espera, não diz respeito apenas a um tempo cronológico, mas a um tempo subjetivo que se entrelaça à história de cada sujeito e traz as urgências de processos como a hormonização. Assim, a automedicação torna-se uma prática comum entre mulheres trans e travestis, e muitas podem já acessar o sistema fazendo uso de hormônios.

Em pesquisa desenvolvida por Rocón *et. al.* (2016), as participantes indicaram dificuldades em obter amparo do SUS e motivações e necessidades para a realização de transformações corporais, o que fez com que buscassem procedimentos, como o uso de hormônios e silicone industrial, sem acompanhamento profissional: “Desejo, sonho, necessidade e sobrevivência se misturam na empreitada de modelar o corpo sob riscos” (p. 2521). As narrativas compartilhadas na

referida pesquisa trazem os riscos da aplicação e do uso de tais produtos de forma independente, como infecções, trombozes, distúrbios hepáticos, dores intensas e até óbitos. Tal prática, na medida em que coloca a saúde e a vida de tais pessoas em risco, e é produzida pelas barreiras criadas que impedem o acesso ao sistema público de saúde, funciona como mais uma estratégia de uma política de precarização e morte direcionada a pessoas trans.

Precisamos considerar que o respeito ao nome social e ao pronome de pessoas trans se configura, também, como uma demanda de saúde dessa população. Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, branca) aponta:

Tem uma coisa importante também que eu acho que deveria ser enfatizada assim nos postos, o nome social. Sempre que eu atendo alguém que quer usar o nome social, eu vou lá no prontuário eletrônico porque tem uma opção do Nome social, a gente que usa o prontuário eletrônico.

A garantia do nome social aparece entre os objetivos específicos da PNSILGBT, como apontado anteriormente. A violação desse direito se configura como um fator determinante, que dificulta o acesso dessas pessoas aos serviços e se relaciona ao abandono dos acompanhamentos (Rocón *et al.*, 2016; Vieira *et. al.*, 2019). O respeito ao nome social também é destacado nos Cadernos de Atenção Básica – Saúde Sexual e Reprodutiva (Brasil, 2013, p. 83):

O respeito a qualquer pessoa começa com o uso do nome social. Isso deve ser levado em consideração durante o atendimento de travestis e transexuais, porque esse é o primeiro passo para a construção de uma relação confiável e saudável entre profissional e usuário.

Entendemos que as mudanças corporais se relacionam à mudança de nome para pessoas trans, mas ambas não se confundem ou não se exigem mutuamente, se entrelaçam às transformações físicas do corpo (Rocon *et. al.*, 2016). O desrespeito ao nome social, vivenciado por pessoas trans nos diversos níveis de atenção e equipamentos do SUS, se torna fator determinante na

não efetivação do acesso ao cuidado e da permanência do/a usuário/a nos serviços. Os autores referem:

Dessa forma, o acesso ao SUS considerando os aspectos próprios às experiências das pessoas trans, com a garantia do direito ao nome social e ao atendimento livre de discriminação, é indispensável para que consultas e exames de rotina, informações sobre prevenção a doenças infecciosas, distribuição de preservativos e géis lubrificante para trabalharem possam produzir efeitos positivos no cuidado com a saúde das pessoas trans (p. 2521).

Apesar de as experiências de pessoas trans apontarem para múltiplas necessidades de saúde, que vão para além de procedimentos cirúrgicos, como a hormonização, questões de saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, Vieira *et. al.* (2019) destacam que as políticas públicas de saúde parecem considerar que são as intervenções cirúrgicas de redesignação sexual as principais (ou até mesmo únicas) questões de saúde dessas pessoas, o que se relaciona à lógica do binarismo de gênero e as estratégias de regulação de vidas. Destacam que no centro, se encontra a perspectiva cisgênera, que dita quais são as normalidades físicas e mentais, deslegitimando as experiências que se encontram fora dos seus mecanismos regulatórios. Nesse sentido, trazemos os mesmos questionamentos de Rocon, Sodré e Rodrigues (2016, p. 265): “As normatizações têm sido eficientes na garantia do acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas Trans? Porque a patologização das identidades trans é requisito para acesso aos serviços do SUS?

Cazeiro *et. al.* (2022), ao refletirem sobre o Processo Transexualizador no SUS, trazem que este é governado pela racionalidade biomédica. Como referem Vieira *et. al.* (2019), é necessário que haja um laudo psiquiátrico para que possam ser iniciados procedimentos do processo transexualizador no SUS, o que coloca estes profissionais em uma posição de saber/poder, que os permite classificar corpos, experiências, vidas, validando ou não sujeitos

trans, decidindo quem receberá assistência ou não, desconsiderando, então, a autonomia dessas pessoas: “Apesar de o Ministério da Saúde determinar que é resguardado à pessoa trans o direito às diferenças subjetivas e comportamentais, o protocolo estabelecido pelo SUS se baseia em normas biomédicas e binárias de sexo e gênero” (Vieira et. al., 2019, p. 167).

Bento (2012) aponta que o binarismo de gênero opera guiando o olhar das/os profissionais que atuam nas equipes multidisciplinares, que buscam a produção de um diagnóstico para aqueles sujeitos que desejam realizar intervenções que permitirão serem reconhecidas/os em determinado gênero. Nesse sentido, a autora afirma que o gênero é identificado como algo que pode ser medicalizado e, sendo assim, se estabelecem mecanismos para curá-lo. Os procedimentos contemplados no processo transexualizador no SUS, por exemplo, passam a ser destinados àquelas e aqueles que se enquadram nos requisitos postulados por profissionais, que passam a ser patologizados, identificadas/os como “verdadeiros” sujeitos trans, e necessitam dos procedimentos como uma via de cura, de enquadramento em uma lógica binária de gênero. Torna-se necessário patologizar para normatizar corpos e sujeitos que se desviam das normas impostas socialmente sobre gênero. Assim, aquelas experiências de pessoas trans que se encontram fora da lógica do binarismo são vistas como ilegítimas, sendo, portanto, uma lógica que busca a manutenção do binarismo de gênero, ainda que em corpos que desafiam essa mesma normatividade. Assim, “O processo transexualizador pode ser interpretado como estratégia biopolítica de controle sobre os corpos trans, operando por mecanismos disciplinares empenhados em normalizar e treinar os corpos para a vida no binarismo heterossexual para os gêneros” (Rocon, Sodré & Rodrigues, 2016, p. 266). As normatizações do processo transexualizador, como referem os autores, induzem ao entendimento de que todas as pessoas trans vivenciam sofrimentos produzidos por seus corpos, tenderão, por isso, ao suicídio, e buscam mudanças corporais que levem à adequações de seus corpos, gêneros e sexualidades, trazendo um olhar generalista sobre como essas

pessoas vivenciam a transexualidade, seus corpos e desejos. Trata-se de reconhecer, aqui, que a obrigatoriedade do diagnóstico no processo transexualizador produz impedimentos à inúmeras pessoas trans para acessar os serviços de saúde que lhe sejam necessários e desejados, produzindo a marginalização desses sujeitos, colocando em risco suas vidas quando negam acesso a serviços de saúde e fazem com que busquem maneiras alternativas de realizar determinados procedimentos, como o uso de hormônios e silicone industrial.

A atuação da equipe multiprofissional passa a ser guiada por esta lógica, pela obrigatoriedade do diagnóstico e pelos procedimentos médicos. Nesse processo de patologização das experiências de pessoas trans, passa a ser necessária a validação de suas existências por laudos psiquiátricos e psicológicos, para que se legitimem enquanto “transexuais verdadeiros” (Cazeiro *et. al.*, 2022), o que se trata da “medicalização como estratégias biopolíticas de regulamentação das vidas trans” (Rocón, Sodré & Rodrigues, 2016, p. 261). Citam, como exemplo, a prescrição de psicoterapia por dois anos, como parte do processo transexualizador, cabendo  /ao profissional de psicologia a elaboração de relatório que autorize a realização de cirurgias de redesignação sexual, colocando estes profissionais como normatizadores de corpos e sujeitos trans, na medida em que cumprem tais normativas, muitas vezes, de forma inquestionável. Na medida em que estes profissionais olham para a transgeneridade como demanda clínica, adotando posturas psicopatologizantes, excluem aquelas/es que não se enquadram nesse perfil psicopatológico. Assim, concordamos com os autores quando afirmam haver um certo paradoxo, uma vez que em Nota Técnica do CFP (2013), a assistência psicológica ofertada aos sujeitos deve promover autonomia, mas, ao mesmo tempo, este mesmo conselho não apresenta oposição a obrigatoriedade de psicoterapia por dois anos como pré-requisito para a transgenitalização. Em que medida profissionais de psicologia estão, então, promovendo autonomia de sujeitos, se atuam de forma a regular suas experiências, enquadrar em normais, patológicas, legítimas, ilegítimas? Consideramos que:

“Uma prática psicológica pautada pela produção de saúde atenta à singularidade dos itinerários terapêuticos é fundamental, a fim de não incorrer na patologização das expressões e identidades de gênero das pessoas trans” (Cazeiro *et. al.*, p.14). A urgência da despatologização das identidades trans se mostra também como estratégia para a produção de acompanhamentos psicológicos produzidos a partir das experiências singulares de pessoas trans, considerando, como Prado (2018), que despatologizar não significa desassistir, e que “Ao revés, despatologizar é perceber que há uma diversidade corporal, de gênero, de sexualidade e essa diversidade legítima tem singularidades históricas e biográficas que precisam ser cuidadas” (p. 48).

Trabalhar com a perspectiva de um processo transexualizador que não tenha como centro procedimentos cirúrgicos é essencial para que possamos repensar como estão sendo produzidas as práticas psicológicas com pessoas trans, considerando outros fatores que se relacionam ao processo de afirmação de gênero desses sujeitos, como as relações sociais, familiares, amorosas, instituições educacionais, laborais, entre outros fatores que se articulam e atravessam as vivências dessas pessoas (Cazeiro *et. al.*, 2022). Assim, a psicologia pode começar a pensar em uma atuação que tenha como direção a produção de autonomia, a promoção de saúde, que tensione as normativas de gênero patologizantes e que não atuem produzindo novas violências a sujeitos em busca de cuidado, considerando a Psicologia enquanto um campo de saber-poder que “habita uma zona de fronteira no campo das políticas de saúde direcionadas às populações trans” (Vieira *et. al.*, 2019, p. 16).

Os autores apontam, mais especificamente sobre a Psicologia na APS, que estas/es profissionais podem contribuir com a produção de práticas que não sejam exclusivamente curativistas, que também se atentem à prevenção dos adoecimentos, que colaborem com a produção de uma visão integral de saúde (que inclua outros direitos), não somente de saúde

mental, reconhecendo os usuários do SUS como sujeitos autônomos, ativos em seus processos, atuando também na busca da articulação com a rede de garantia de direitos, atuando em aliança a esses sujeitos pela construção de autonomia. Destacam que, considerando o contexto atual, no qual pessoas trans são direcionadas, prioritariamente, a serviços de média e alta complexidade, e suas necessidades de saúde são vistas como quase exclusivamente à cirurgia, a APS deve se configurar como espaço de acolhimento e cuidado para pessoas trans, de articulação com outras políticas de garantias de direitos, com atenção para as linhas de exclusão que atravessam as experiências de pessoas trans, inclusive em seus territórios e no próprio campo da saúde pública, buscando produzir vinculação, cuidado longitudinal e garantia de direitos para essa população. Em uma das discussões de caso realizadas durante a capacitação com profissionais da APS, os profissionais destacaram a importância de que, no atendimento inicial na UBS, seja ofertada atenção à queixa principal do paciente, mas a outros pontos que podem ser vivenciados, além de apostar na longitudinalidade do cuidado na atenção primária:

Identificar mais profundamente quais são as outras necessidades, porque ele acabou pontuando também sobre a questão familiar, sobre a questão social, e outra coisa que a gente também achou que seria interessante seria estabelecer o retorno, aproveitar essa longitudinalidade da atenção primária. Inicialmente, talvez, que tratar mais a questão primária, talvez ofertar o teste de IST, depois que também trabalhar a questão do humor, a questão social, a questão familiar (Francisco, médico, homem cisgênero, gay, preto)

A gente também falou, né, da questão do retorno, que eu achei muito massa, porque por mais que o primeiro atendimento seja um acolhimento, seja bacana e tudo mais, que resolva aquela demanda de saúde inicial, que foi a questão urinária (no caso discutido), mas o paciente volta daqui a dois meses, aí, sei lá, daqui a um mês. “Não, eu quero

marcar com o médico”; “Vixe... o médico só tem daqui a três meses”. Então, vai se quebrando essas tentativas de vínculo. Então, se ele vai ao primeiro atendimento, se a gente consegue já deixar o vínculo mais ou menos... “Olha, vem tal dia, tal dia que a gente faz o retorno, quero te ver de novo, quero acompanhar”... Aí sim a gente consegue firmar mais um vínculo (Angélica, nutricionista, mulher cisgênero, heterossexual, branca).

Entra a questão da responsabilidade, né? Independente de onde ele está sendo acompanhado, ele continua sendo paciente da atenção primária (Janaína, enfermeira, mulher cisgênero, lésbica, branca).

Assim, as narrativas articulam o que apontam os autores, ao trazerem a importância da APS, não somente dos equipamentos de média e alta complexidade, no acompanhamento de pessoas LGBTQIA+ no SUS. Além disso, as práticas preventivas que podem ser produzidas na APS colaboram com a diminuição de filas de espera para serviços especializados, o cuidado a necessidades de saúde que não são atendidas em serviços de média e alta complexidade, diminuição dos altos índices de automedicação. Considerando o que foi discutido neste tópico, sobre os processos patologizantes vivenciados por pessoas trans, também concordamos com Vieira *et. al.* (2019) quando refletem sobre o acompanhamento realizado com pessoas trans na APS funcionar como desarticulador de toda uma rede de poder que opera a partir dos serviços especializados direcionados a pessoas trans e do poder médico que atua a partir da cisgeneridade.

As reflexões sobre as problemáticas envolvidas no Processo Transexualizador estão sendo elaboradas por grupos, movimentos, e em 3 de outubro de 2023 foi instituída a Portaria nº 841 (Ministério da Saúde, 2023), que instituiu o Grupo de Trabalho para revisão do processo transexualizador no SUS, visando o “aprimoramento dos fluxos assistenciais, a ampliação e

qualificação da rede de cuidados e a melhoria do processo decisório no âmbito das diferentes experiências relativas à transexualidade e travestilidade desenvolvidas nos serviços de saúde no território brasileiro” (s. p.). Um dos resultados da articulação do GT foi o Programa de Atenção à Saúde da População Trans (Paes Pop Trans), apresentado no dia 10 de dezembro de 2024. Segundo informações do Ministério da Saúde (2024): “o Paes Pop Trans apresenta avanços significativos em relação às portarias que regulamentavam os serviços prestados pelo SUS e propõe o acompanhamento à população trans em todo o seu ciclo de vida, incluindo a garantia de cuidado a sua rede de apoio e a valorização do cuidado no território” (s.p.). O trecho citado traz a perspectiva de cuidado no território, o que nos indica a possibilidade de que a APS receba mais atenção nos cuidados ofertados a pessoas trans.

Na proposta do PAES Pop-Trans, divulgado no site do Ministério da Saúde (2024) em Fevereiro/24, constam os modelos de ambulatório a serem implantados, sendo o Ambulatório Especializado 1 o que mais se aproxima da proposta da APS, pois nesse ambulatório devem ser realizadas atividades como: Acolhimento e atendimento individual e familiar; Atendimento em grupo; Intervenção no território e domiciliar em apoio aos profissionais da APS; Educação em Saúde na comunidade e região adstrita; Referenciamento para o Ambulatório Especializado 2; Teleatendimento; Teleconsultoria para matriciamento da APS. A equipe mínima deve ser composta por: 1 médico especialista (medicina da família e comunidade, endocrinologista ou ginecologista); 2 psicólogos; 2 assistentes sociais; 1 enfermeiro; 1 cirurgião-dentista; e 1 auxiliar ou técnico de saúde bucal. Profissionais estratégicos: Fonoaudiólogo, farmacêutico, terapeuta ocupacional, nutricionista, educador físico, psiquiatra e sanitarista.

Ressaltamos que um ano após o lançamento do programa não houve sua implementação ou avanços nesse sentido. Em abril de 2025, a ANTRA protocolou ofício junto ao Ministério da Saúde, solicitando a reestruturação, atualização e execução do PAES POP TRANS, uma vez que é urgente

que o programa saia do papel e se concretize “em ações efetivas, com metas, cronogramas, investimentos e mecanismos de monitoramento” (ANTRA, 2025, s.p.) Os próximos passos deverão ser acompanhados, a fim de que sejam monitoradas as próximas portarias, o cadastramento dos serviços existentes e novos que surgirem nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), a habilitação dos serviços em funcionamento e o monitoramento e avaliação das ações, quais mudanças serão produzidas na oferta de serviços para a população trans e como será a articulação com a APS a partir de tais mudanças.

Destacamos que, na luta para garantir condições dignas de vida e bem estar para a população trans, as políticas públicas de saúde se configuram como importante campo de batalha e a permanência de disputas quando se busca a ampliação de serviços nos indica que este ainda é um campo atravessado por entraves, restrições, no qual as demandas dessas/es usuários permanecem atendidas de forma bastante limitada, sem igualdade no acesso e pouca efetivação de princípios que pautam o SUS, como a integralidade, universalidade e equidade (Vieira *et. al*, 2019).

Assim, concordamos com os autores, ao apontarem que as batalhas políticas travadas por diferentes movimentos de pessoas trans, aliadas às produções teóricas que questionam a patologização e a objetificação de sujeitos transexuais, atuam no sentido de convocar as políticas de saúde para um movimento de questionamento e reflexão sobre que práticas estão sendo produzidas e ofertadas a essa população. É preciso reconhecer a multiplicidade de experiências vivenciadas por pessoas trans, pensar serviços e práticas que colaborem com a autonomia desses sujeitos, enfrentando a objetificação e a patologização e a ideia de que suas demandas de saúde se restringem às cirurgias de redesignação sexual, produzindo um cuidado centrado na realidade de cada pessoa trans.

A partir do que foi discutido nos tópicos do presente capítulo, buscamos destacar que a PNSILGBT traz, entre seus objetivos, pontos que se referem a saúde de cada grupo que

compõe esta sigla, e tais demandas também são percebidas por alguns sujeitos que participaram da pesquisa, assim como outros pontos não são amplamente conhecidos e debatidos dentro do segmento LGBTQIA+.

Ferreira e Nascimento (2022) destacam que, nos últimos dez anos, foram muitos os avanços com relação à saúde da população LGBTQIA+, como a implantação de comitês estaduais de saúde LGBT, políticas estaduais de saúde LGBT (a política estadual do Ceará está em elaboração), coordenações estaduais, hospitais habilitados para o processo transexualizador, entre outras. Também destacamos que ouvir essas demandas a partir de vozes de pessoas LGBTQIA+, que acessam cotidianamente os serviços de saúde e a APS no município da pesquisa, se mostra como estratégia potente para o reconhecimento do que é vivenciado, percebido e experimentado por essas pessoas com relação à sua própria saúde. A partir dessas narrativas, torna-se possível pensar caminhos a percorrer, rotas que precisam ser traçadas no campo da APS para a produção de um cuidado efetivo, inclusivo e atento a pessoas LGBTQIA+ e a suas demandas de saúde.

Consideramos que a elaboração de uma reflexão crítica sobre suas demandas e necessidades de saúde, o apontamento de questões que merecem mais atenção por parte de gestores e profissionais do SUS, o questionamento de práticas que necessitam de ajustes, é também re-existir em meio ao emaranhado de fios cisheteronormativos que buscam fechar caminhos e produzir precarização dessas vidas, mas que deixam escapar fios outros que podem desenhar práticas de cuidado distanciadas da LGBTQIA+fobia. Diante das narrativas empreendidas no presente capítulo, pretendemos dialogar, no capítulo seguinte, sobre alguns caminhos possíveis de enfrentamento às barreiras apontadas pelas/os participantes dessa pesquisa, pensando possibilidades para a construção de uma APS comprometida com a produção de cuidado e a promoção de saúde para pessoas LGBTQIA+.

Traçando reflexões e pensando caminhos de enfrentamento aos desafios com relação à assistência à saúde da população LGBTQIA+ na APS

Durante a realização das entrevistas, buscamos ouvir das pessoas participantes quais desafios e dificuldades percebiam com relação à assistência à saúde da população LGBTQIA+ na APS em São Gonçalo do Amarante, mas também nos propusemos a pensar, com essas pessoas, caminhos possíveis para enfrentar a realidade experienciada nas Unidades de Saúde. Tal realidade, como exposta nos capítulos anteriores desta tese, é atravessada por situações de invisibilização das demandas de saúde, estigmatização, preconceitos, ausência de acolhimento, dentre outras. Dessa forma, torna-se essencial pensar a produção de caminhos e estratégias que possibilitem o vislumbre de uma APS comprometida com o enfrentamento à LGBTQIA+fobia, inclusiva, antinormativa, uma APS que se configure, de fato, como um SUS para todas e todos.

Concordamos com Ferreira e Nascimento (2022), ao destacarem que o Brasil se configura como um país com desigualdades socioeconômicas que se apresentam como um grande desafio para a execução de políticas públicas sociais, além das heterogeneidades territoriais de nosso país e a ausência de capacitação técnica especializada na gestão dos municípios. Assim, compreendemos que a criação de uma PNSILGBT não traz garantias de que tal política será implementada e executada, uma vez que existe um emaranhado de forças de poder que entram em cena, se articulam, e produzem barreiras nos territórios, nas dinâmicas sociais e políticas. Também destacam a importância de financiamento para a implementação das políticas de saúde, o que também terá relação com a qualidade da

assistência ofertada para a população LGBTQIA+ na APS, por exemplo. Logo, pontuamos que os desafios são de diversas ordens, e precisam ser pautados e enfrentados. Na realização desta pesquisa, alguns pontos tiveram destaque quando trouxemos para o debate o enfrentamento às dificuldades vivenciadas na APS por pessoas LGBTQIA+, sendo eles: Capacitar profissionais; Garantir Acesso e acolhimento nas UBS; Efetivar políticas; E ações educativas (em escolas, Unidades de Saúde e espaços públicos) / inserir ações contra a LGBTfobia nos espaços.

Consideramos que essas estratégias atuam de forma articulada, uma vez que, ao capacitarmos profissionais da APS com relação à diversidade sexual e de gênero e demandas de saúde da população LGBTQIA+, por exemplo, tende-se a diminuir as expressões de preconceito e discriminação, possibilitando mais acesso e posturas acolhedoras por parte desses profissionais, o que caminha na direção da efetivação da política de saúde LGBT; também por meio das ações educativas, pode-se considerar que o ambiente da UBS pode se tornar mais acolhedor, e assim por diante. Trata-se, portanto, de considerar que diversas estratégias precisam ser postas em prática, no cotidiano dos serviços da APS, de forma articulada umas com as outras, para produzir efetivo enfrentamento das dificuldades relatadas e vivenciadas por pessoas LGBTQIA+ na atenção básica.

Formação profissional e educação permanente: “Então falta realmente informação para esse tipo de profissional e uma cabeça aberta”

Segundo a Nota Técnica 02/2023, do Governo do Estado do Ceará (2023), intitulada “Cuidado e Acolhimento à População LGBT+ na Atenção Primária à Saúde (APS)”, é essencial que profissionais da saúde possuam uma compreensão plural sobre gênero e sexualidade para que as pessoas LGBTQIA+ tenham suas necessidades de saúde atendidas.

Isso significa pensar que uma compreensão binária, a partir da qual existem apenas dois sexos/gêneros, é limitante, e coloca em risco o acesso e o atendimento acolhedor a pessoas LGBTQIA+ na APS. Tal visão, como referido anteriormente nesta tese, é fruto da cisheteronormatividade compulsória, que destina à marginalidade pessoas que vivenciam o gênero e a orientação sexual fora da cisgeneridade e da heterossexualidade. Para que profissionais que atuam na APS possam ofertar assistência à saúde de pessoas LGBTQIA+ sem estigmatizações, preconceitos e violências diversas que são vivenciadas pelas pessoas que participaram deste estudo, e para que possam ampliar visões cristalizadas e normativas sobre diversidade sexual e de gênero, processos de educação permanente e a formação desses profissionais se configura como essencial, como apontado pelas pessoas entrevistadas e profissionais que estiveram na capacitação.

Dandara (travesti, bissexual, preta) considera que momentos de capacitação/educação permanente devem ser direcionados aos diversos sujeitos que estão nas UBS, para que “preparassem os profissionais dentro do ambiente da saúde como um todo, desde um médico, até o dentista, a faxineira, a recepcionista, para que fosse feito esse acolhimento efetivo, de verdade”. Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda) destacou a importância da capacitação realizada como segunda etapa da pesquisa no município, pontuando, entretanto, que outros profissionais também necessitam desse momento:

Acredito que deveria ser para os profissionais de nível médio também, porque acaba que a gente aprende um pouquinho na faculdade, não aprende tudo, mas a gente tem conhecimento melhor do que profissionais de nível médio (...). Talvez lá que é a porta de entrada precise também de um treinamento, porque a gente vê que quando a pessoa é mais jovem, tem mais tolerância a receber melhor esse tipo de paciente. Quando são as pessoas que têm a idade mais avançada, acabou que o preconceito é muito mais enraizado. Aí fica mais difícil.

Nesse ponto de sua fala, Vanessa articula aspectos sobre a idade e o nível educacional dos profissionais, que podem interferir em como o atendimento é ofertado a pessoas LGBTQIA+ na APS. Ela considera que profissionais do nível superior podem ter algum tipo de acesso a informações sobre pessoas LGBTQIA+, enquanto profissionais do nível médio teriam menos acesso, o que facilitaria práticas constrangedoras e discriminatórias na recepção da UBS, por exemplo, o que nos aponta para a importância do letramento sobre assuntos ligados à diversidade sexual e de gênero. Também destaca que pessoas mais velhas, de gerações anteriores, são mais propensas a cometer discriminações, pois pessoas mais novas estariam mais abertas à diversidade sexual e de gênero. Em pesquisa desenvolvida por Costa-Val, Manganelli, Moraes, Cano-Prais e Ribeiro (2022), os autores entrevistaram 15 profissionais da APS, e entre as narrativas encontradas, as pessoas entrevistadas também trazem o aspecto apontado por Vanessa, ao considerarem que fatores como idade e religião interferem na produção de comentários preconceituosos por parte de algumas pessoas que atuam na APS. Segundo os autores, tal visão foi apresentada, em algumas falas, como justificativas “compreensíveis”, quase “naturais”, para o comportamento de algumas/uns profissionais.

Galzerano (2021), aponta para o recrudescimento das ofensivas antigênero, destacando a relação desse fato ao conservadorismo e fundamentalismo religiosos, o que teria influência sobre as disputas relacionadas a gênero e sexualidade nas diversas políticas sociais (como nas políticas de saúde). O fortalecimento das pautas relacionadas à “ideologia de gênero” no Brasil ocorre a partir de 2016 de forma mais intensa, entretanto, desde o início dos anos 2000 já havia a difusão dessas ideias por parte de grupos religiosos fundamentalistas, “como uma resposta também ao desenvolvimento e à ampliação do conceito de gênero, das teorias, das práticas e dos corpos queer e de outras compreensões vinculadas a sexualidades, resultantes dos (ainda pequenos) avanços das políticas de gênero” (Noronha & Viviani, 2023, p. 5).

Dessa forma, são construídas narrativas que buscam naturalizar famílias unidas por um homem e uma mulher e a cisgeneridade como única possibilidade legítima de experienciar o gênero, criminalizando e/ou patologizando experiências que diferem da cisheteronormatividade. No cenário atual, Biroli, Machado e Vaggione (2020) destacam um “neoconservadorismo”, que teria como característica uma maior convergência entre católicos e evangélicos, com uma aliança no que diz respeito ao combate dos direitos sexuais e reprodutivos. Esse movimento caminha na direção do fortalecimento de ideias religiosas como ética a ser seguida pela sociedade, o que se articula aos ataques sofridos por sujeitos que não se enquadram nesses preceitos fundamentalistas, como a população LGBTQIA+.

Temos, portanto, a visão de que a intersecção de fatores como idade, religião, orientação sexual e identidade de gênero atua na produção de diferentes posturas com relação às pessoas LGBTQIA+ que buscam a APS, havendo maior possibilidade de práticas LGBTQIA+fóbicas por parte de pessoas que ancoram seus comportamentos em fundamentalismos religiosos, por exemplo. Estas pessoas, cisgênero e heterossexuais, sendo também pessoas mais velhas, nesse caso, são consideradas como tendo menos acesso e/ou interesse por discussões mais atuais sobre diversidade sexual e de gênero e apresentariam um pensamento mais enrijecido, menos acesso à informação, e poderiam produzir mais falas e comportamentos preconceituosos contra essa população. Quando consideramos o fator religião, compreendemos que algumas narrativas produzidas por religiões diversas reiteram ou mesmo produzem normativas de gênero e sexualidade que marginalizam e violentam sujeitos que fogem à cisheteronormatividade. Como refere Akotirene (2019) a religião impõe papéis de gênero que têm como base identidades binárias, que consideram apenas a noção de homem e mulher biológicos; assim, “pessoas não-cis estão fora da identificação estética, corpórea e morfo-anatômicas instituídas por religiões” (p. 67).

Tais fatores são importantes na consideração de como as vivências de discriminação podem estar sendo produzidas na APS, entendendo que idade e religião podem se articular na elaboração das práticas de exclusão, mas não são os únicos que determinam tais posturas e comportamentos por parte de profissionais. Sobre tais aspectos, destacamos dois trechos, que se relacionam ao que está sendo posto. Gilberto (homem cisgênero, gay e pardo) destaca:

A gente precisa que esses profissionais sejam, nem vou dizer... laicos. Laicos com relação a religião, a partidos, eu acho que acima de tudo todo mundo na saúde faz um juramento para salvar vidas, e eu acho que ta faltando esse juramento ser levado a sério, sabe, então se eu não acolho bem um paciente que tem um problema, que sofreu um trauma, sofreu uma violência, to indo contra aquele juramento. Então falta realmente informação para esse tipo de profissional e uma cabeça aberta.

Na compreensão de Gilberto, é essencial que profissionais da saúde se atentem ao seu papel de ofertar assistência à saúde do sujeito, independente de suas crenças pessoais, como ideologia política ou religião. Ele também traz o papel da informação como aliada nesse processo de “abertura da mente” de profissionais. Consideramos, portanto, que apesar da possibilidade de que fatores como idade e religião possam se articular na produção de práticas discriminatórias, como explicitado pela discussão empreendida nos parágrafos anteriores, tais profissionais são responsáveis pela produção de um ambiente seguro, livre de preconceitos, nos quais os pacientes LGBTQIA+ se sintam acolhidos, e também são responsáveis por buscar educar a si próprios sobre a temática, caso haja desconhecimento. Como aponta Alan (homem cisgênero, gay, negro):

Eu acredito que a informação já tá aí pra todo mundo... E se existe ainda uma resistência, deve ser mesmo por... Não sei, questões pessoais, ou porque.. Já tá aí, a informação tá aberta, acessível a todos, é uma coisa que tá até meio cansativa de tanto que é discutida, mas que é necessária.

Para a oficina, encara como momento de educação permanente com profissionais da APS, que foi a segunda etapa da pesquisa, foram incluídos apenas profissionais de nível superior, pelo recorte deste estudo. Entretanto, considerando a importância de expandir a discussão no município, foram realizados outros momentos, em outros locais e voltadas também para outros profissionais, durante o ano de 2024. Por exemplo, a convite da coordenação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), foi realizado um momento de roda de conversa e capacitação com aquelas/es que atuam no atendimento às/aos pacientes e auxiliares administrativos; foi realizada uma capacitação também com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de três UBS, inserindo a temática dentro de um curso que estava sendo ofertado pela pesquisadora e por outra colega que atua na Equipe Multiprofissional, o “Capacita ACS - Ampliando Saberes e Fortalecendo conhecimentos no SUS”. Também houve a participação em um evento realizado pelo Centro de Referência Especializado em Assistência Social, em alusão ao Dia Internacional do Orgulho LGBTQIA+, em junho de 2024, no qual foram levadas questões sobre a saúde da população LGBTQIA+ e resultados parciais da pesquisa. Dessa forma, busca-se levar a discussão para diferentes espaços, não só aqueles que compõem a APS e a saúde de São Gonçalo, por compreender que falar sobre direitos e, mais especificamente, saúde da população LGBTQIA+ é um exercício necessário nos diversos equipamentos, chamando à articulação os diferentes sujeitos que atuam nas políticas públicas municipais e que precisam atuar em rede para que essa população receba proteção, assistência e tenha suas demandas, que são múltiplas, atendidas de forma satisfatória.

Destacamos, dessa forma, que a própria pesquisa se configurou como estratégia de enfrentamento às experiências de LGBTQIA+fobia vivenciadas pelas pessoas entrevistadas e como ferramenta de ampliação de saberes e conhecimentos para profissionais do município. Em um dos momentos realizados, alguns profissionais compartilharam sobre a dificuldade de

compreender as diversas letras que compõem a sigla e a distinção entre orientação sexual e identidade de gênero, por exemplo. Também relataram o receio de não saber como se dirigir a uma pessoa ao não identificar se aquele sujeito se identifica como mulher ou homem. Nesses momentos, em que profissionais sentiam-se confortáveis para expor dúvidas, inseguranças e demonstraram a vontade de compreender melhor aquelas questões, foi possível produzir um espaço potente de fissuras nas práticas discriminatórias, abrindo possibilidade para o surgimento de outros olhares e outros cuidados para as pessoas LGBTQIA+ nos serviços.

Enquanto profissional que atua no cotidiano de seis Unidades Básicas de Saúde, destaco também que o momento de capacitação com as ACS de algumas dessas unidades se mostrou como desafiador. Me vi atravessada pelo receio de como a temática seria recebida pelas profissionais, o que se articula ao que foi exposto acima, sobre identificar que pessoas mais velhas e religiosas podem apresentar certa resistência na abordagem da temática. O momento com as ACS foi inserido dentro de um curso ofertado, o que significa que as temáticas foram construídas pelas profissionais facilitadoras, o que contribuiu para o sentimento de insegurança, uma vez que elas não estavam na discussão daquela temática pelo desejo ou interesse específico pelo tema. Alguns debates foram desafiadores, foram realizados comentários atravessados por estigmatizações, mas o principal a ser pontuado sobre esse momento diz respeito à oportunidade de explicitar aspectos sobre a temática da diversidade sexual e de gênero que podem contribuir para que essas profissionais sejam mais acolhedoras e possuam mais conhecimentos sobre a população LGBTQIA+.

É por meio da ampliação dos processos de educação permanente dos diferentes profissionais que podemos avançar na efetivação das políticas e dos direitos da população LGBTQIA+, pois esses espaços abrem a possibilidade para que esses sujeitos tenham acesso a informações atualizadas sobre pontos essenciais, como especificidades em saúde da população LGBTQIA+, compreensão sobre diversidade sexual e de gênero, respeito ao nome

social e ao pronome de pessoas trans, acolhimento e atendimento livre de LGBTQIA+fobia, entre outros. São espaços nos quais torna-se possível operar fissuras, produzir linhas de fuga em espaços enrijecidos pelas normas cisgêneras e heterossexuais, por meio do diálogo, da informação, da troca de experiências entre quem está presente.

Esses espaços formativos possibilitam, também, que profissionais se sintam seguros para tirar dúvidas, pedir orientações sobre como se dirigir a uma pessoa quando possui dúvida sobre a identidade de gênero e o nome escolhido ou sobre como abordar de forma cuidadosa questões sobre saúde sexual e reprodutiva. Esses foram alguns pontos debatidos nos momentos realizados no município. Também foi possível perceber a confusão que alguns profissionais realizavam quando abordamos a diferença entre orientação sexual e identidade de gênero, por exemplo. Ou quando falávamos sobre a importância do respeito ao nome e ao pronome, ainda que o documento daquela pessoa não tivesse sido modificado ainda. Além disso, ideias estigmatizantes e que se articulam à cisheteronormatividade compulsória, que opera subjetivando essas/es profissionais, se tornaram bastante visíveis nesses encontros, e no momento em que se tornam visíveis, aparece a possibilidade de enfrentamento, o que nos mostra a potência de tais espaços para a criação de outras narrativas e compreensões sobre pessoas LGBTQIA+.

O Caderno de Atenção Básica - Saúde Sexual e Reprodutiva (Ministério da Saúde, 2013), também destaca como ação fundamental a “educação em saúde com gestores, trabalhadores de saúde, lideranças de movimentos e usuários LGBT no sentido do reconhecimento de seus direitos e mudança nas práticas de saúde’ (p. 84). Jean (homem cisgênero, gay, pardo) destaca que a capacitação pode contribuir para o enfrentamento aos estigmas que ainda permanecem com relação a pessoas LGBTQIA+, como os referentes ao HIV:

Eu acho que devia ter uma capacitação, ou algum dia de informação sobre isso, que são pessoas como todas, e que merecem respeito. E que médicos, enfermeiras, não acham tão relevantes alguns cuidados na fala. E também sobre informações válidas e reais. Dizer que hoje em dia o número de pacientes com HIV não é só de pessoas LGBT... Que tem outras orientações que também tem essa doença. Encorajar as pessoas a irem fazer seus exames. E respeitar a privacidade, respeitar como ela gosta de ser chamada, eu acho que o ponto mais central que eu quero falar é mostrar o respeito e o cuidado, que não tem, em São Gonçalo não.

Outro ponto de destaque se refere à fala de Carolina (mulher cisgênero, lésbica, branca), pois ela nos traz a perspectiva de que, a partir do momento em que profissionais das UBS estão capacitados e possuem uma visão plural sobre a diversidade sexual e de gênero, podem atuar como agentes de combate a situações de preconceito que podem ocorrer por outros pacientes, por exemplo: “Pra que independente se vem uma pessoa de fora e fale alguma coisa ou desrespeite alguém, aquele profissional está preparado para combater. E eu acho que isso não acontece. Acho que tem que cobrar muito dos profissionais primeiro”.

A rede de saúde deve contar com práticas educativas, algo preconizado em mais de um documento, como na PNSILGBT (Ministério da Saúde, 2011), na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Ministério da Saúde, 2006) e na Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Ministério da Saúde, 2013). Nesse sentido, parece ser fundamental que existam momentos de educação permanente com todas aquelas pessoas que atuam no campo da saúde e, mais especificamente, na APS, por ser a porta de entrada do SUS, devendo ser democrática e acessível. Caso tais estratégias não sejam implementadas, a APS continuará a atuar de forma a afastar pessoas LGBTQIA+ do SUS: “Então se as pessoas que estão atendendo lá na saúde não tiverem esse pensamento, vai ter sempre esse tipo de violência para com a gente que depende dos atendimentos deles” (Gilberto, homem cisgênero,

gay, negro). Para que esses processos de educação permanente sejam efetivos, com relação ao combate à LGBTQIA+fobia e à produção de uma APS inclusiva, precisamos que sejam espaços seguros para que profissionais se sintam confortáveis para expor situações vivenciadas no cotidiano dos serviços, tirar dúvidas, ouvir e compartilhar experiências que tenham relação com a saúde da população LGBTQIA+ e com questões referentes à diversidade sexual e de gênero. Os processos de educação permanente precisam se dar de forma construtiva, sejam por meio de rodas de conversa, oficinas, capacitações ou outros formatos que permitam trocas entre quem está presente e produzam mudanças concretas no cotidiano dos serviços.

Pensando sobre a importância direcionada a atuação de profissionais das UBS, trazemos considerações realizadas a partir de Gomes, Sousa, Vasconcelos e Nagashima (2018) que realizaram um estudo com gestores do SUS, a partir do qual apontam que as pessoas entrevistadas (da atenção especializada, por exemplo), ao falarem sobre a responsabilidade com relação a saúde de pessoas LGBTQIA+, referem não se envolver em ações voltadas para essa temática e direcionam a responsabilidade sobre a instituição da PNSILGBT para outros setores, principalmente para a atenção básica e NASF (mais especificamente para a psicologia). Tal desresponsabilização, por si só, é preocupante, pois coloca sobre a APS a responsabilidade única com relação à implementação da PNSI, e além disso, indica a desarticulação da rede de serviços que deveria cuidar de forma integral dessa população. Assim, consideramos que, apesar do importante papel da APS, como porta de entrada do SUS, organizadora do cuidado, a rede de saúde deve atuar de forma integrada, e articulada às demais redes do município, visando responder às demandas de saúde (e outras) dessa população, com a co-responsabilização dos diferentes atores envolvidos nos serviços ofertados.

Além da capacitação profissional e da integração da rede de saúde, destacamos o problema da formação em saúde, pois a grade curricular dos cursos da área da saúde não costuma incluir a temática da saúde da população LGBT+ (Paulino, Rasesa & Teixeira, 2019; Rufino & Madeiro, 2017), o que implica que profissionais das diversas áreas, como médicas/os, enfermeiras/os, dentistas, psicólogas/os, nutricionistas, entre outros, concluem a graduação e passam a atuar na APS sem conhecimento sobre o tema. Paiva *et. al.* (2023, p. 5) referem, sobre os cursos de enfermagem, que é necessário

Desencadear forças instituintes capazes de provocar processos de reestruturação e reformulação curricular nos cursos de graduação em Enfermagem, buscando garantir espaços que discutam gênero (além da perspectiva binária: masculino e feminino), orientação sexual (expandindo para além do padrão heteronormativo instituído) e sexualidade, de maneira geral". Tais forças atuariam na perspectiva de ampliar o olhar da profissional para o cuidado das diversidades.

Paranhos, Willerding e Lapolli (2021) realizaram uma revisão sistemática de literatura que aponta para a ausência de conteúdos relacionados à saúde de LGBTQIA+ em currículos de formação dos cursos da saúde, assim como os estudos de Rufino, Madeiro e Girão (2013) e Santos (2017), que focaram especificamente nas grades curriculares dos cursos de medicina. O estudo de Loria *et. al.* (2019), que tem como foco o curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), também aponta para a quase inexistência de conteúdos sobre diversidade sexual, de gênero e saúde da população LGBTQIA+. Além da ausência da temática nos currículos, o trabalho dos autores traz outros fatores preocupantes, como o desmonte institucional de coletivos LGBTQIA+, a partir de grupos de alunos que produziam opressão e constrangimento por meio de ações LGBTQIA+fóbicas, racistas e machistas e denúncias de práticas LGBTQIA+fóbicas por parte de professores e outros funcionários.

Tal cenário nos traz questionamentos sobre como vem se constituindo o campo da saúde coletiva no Brasil e qual espaço se dá (ou não) para os debates sobre as diversidades sexuais e de gênero e suas demandas e necessidades de saúde. Ao pensarmos em uma saúde pública que precisa atuar com profissionais que possuam conhecimentos que possibilitem uma análise crítica sobre os processos de saúde-doença, que levem em conta os determinantes sociais da saúde, os processos que produzem vulnerabilidades sobre os sujeitos, nos questionamos sobre onde ficam as discussões que formem profissionais aptos a compreender e enfrentar a realidade de LGBTQIA+fobia vivenciada por sujeitos LGBTQIA+ no cotidiano dos serviços. Esses/as profissionais, portanto, devem atuar no sentido de garantir o aprimoramento da Saúde Pública, buscando o alcance da equidade em saúde, “com redução do efeito negativo dos determinantes sociais em saúde, como aqueles relacionados à educação, raça e etnia e gênero” (Silva, Paulino & Raimondi, 2018, p. 2336). Entretanto, as lacunas evidenciadas nos processos formativos podem atuar no sentido de impossibilitar que tal realidade se concretize, dificultando também a produção de um campo de saúde que garanta a equidade, a integralidade e a universalidade. Como referem os autores, “apesar dos direcionamentos para a abordagem das questões de gênero e sexualidade nos cursos de graduação das profissões da saúde, como apresentado, observa-se que ainda faltam ações pedagógicas/políticas sobre esse debate nos cursos de graduação em saúde” (p. 2338). Essa ausência potencializa as vulnerabilidades às quais estão expostas a população LGBTQIA+, demonstrando fragilidades anteriores ao espaço da própria APS, mas que se reflete nela.

Costa-Val, Mesquita, Rocha, Cano-Prais e Ribeiro (2019) discutem que a sexualidade, que envolve aspectos físicos, psíquicos, sociais e relacionais tem íntima relação com a saúde dos sujeitos e relações interpessoais; além disso, os diferentes grupos, como pessoas LGBTQIA+, trazem demandas sociais e políticas que englobam a temática da sexualidade e que indicam a necessidade de que o campo da saúde produza novas formas de compreensão e

atuação no que se refere a essa temática. Além de apontarmos a ausência da inserção de disciplinas que abordem a saúde da população LGBTQIA+ ou questões como diversidade sexual e de gênero em cursos de graduação, há que se considerar que se fala sobre sexualidade nesses cursos, entretanto, como destacam os autores, aborda-se a temática a partir de uma lógica e heteronormativa, com base na suposta complementariedade entre sexo-gênero-desejo (Butler, 2003).

A formação de profissionais da saúde a partir de uma lógica cisheteronormativa é problemática, pois se reflete em como serão produzidos cuidados individuais aos usuários, além de impactar na operacionalização de políticas públicas. As práticas assistenciais direcionadas às pessoas que acessam a APS, por exemplo, permanecem organizadas a partir do binarismo feminino/masculino, homem/mulher, direcionando aos corpos ditos femininos, aqueles que possuem uma vagina, práticas que tem como foco pré-natal, no parto, no puerpério, no climatério, no planejamento familiar, nas ISTs e nos cânceres de colo de útero e de mama. Entretanto, mulheres não cisgêneras necessitarão de outros cuidados, que não estão incluídos na agenda de saúde da mulher. Estes são alguns pontos que nos ajudam a compreender a urgência da ampliação das discussões na própria formação de profissionais, para que possamos ter mudanças também no cotidiano do SUS.

Diante de uma formação que não aborda a temática, temos que profissionais que atuam nas Unidades de Saúde podem acabar atuando a partir de uma lógica que tem nos aspectos biológicos da sexualidade humana e do gênero o fator determinante, desconsiderando aspectos sociais e culturais das experiências dos indivíduos e deslegitimando sujeitos que tensionam a cisheteronormatividade, ou considerando aspectos sociais e culturais sob um prisma moralizante.

Considerando que mudanças estruturais nas grades curriculares dos cursos de graduação ocorrem por meio de processos complexos, e que não são realizadas

frequentemente, é necessário que se pensem estratégias para a inclusão de debates como diversidade sexual e de gênero e saúde da população LGBTQIA+ nos cursos da saúde.

Uma das estratégias utilizadas por alunas/os do curso de medicina da UFRJ, foi a criação de uma oficina sobre saúde da população LGBT+, como espaço de diálogo e debate com os internos do curso médico, tendo como tema central boas práticas no cuidado a pessoas LGBT+ na Atenção Primária em Saúde e em outros campos de atuação. A oficina foi planejada e executada por discentes LGBT+ e professoras do curso de medicina, com consultoria de outros profissionais da saúde, externos ao curso, além de militantes LGBT+ (Loria et. al., 2019). Segundo os autores, a oficina sobre saúde da população LGBT+ foi realizada com cerca de 100 alunos do 10º, 11º e 12º períodos do internato integrado MFC/SM.

Após a realização da primeira oficina, esta passou a ser uma atividade regular do internato; na época em que o artigo foi publicado, os autores indicaram que a disciplina eletiva “Gênero, sexualidade e saúde” estava sendo elaborada, com início previsto para o segundo semestre de 2019; alunos-organizadores passaram a ser convidados/as a falar sobre o tema para residentes de medicina e profissionais integrantes de equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro. A partir desse exemplo, buscamos refletir sobre estratégias que vão para além das grades curriculares e que possibilitam a inserção da temática nos cursos da área da saúde.

Compreende-se que a iniciativa para tais estratégias parte, geralmente, de pessoas LGBTQIA+ e professoras/es que têm interesse pela temática da diversidade sexual e do gênero, e o número de estudantes que participam das atividades pode ser considerado mínimo, se comparado ao número total de profissionais em formação. Entretanto, é preciso iniciar a construção de outras grades curriculares a partir de iniciativas micro, para que possam ser alcançadas mudanças estruturais. A realização da oficina no curso de medicina da UFRJ nos traz a possibilidade da produção de fissuras em campos enrijecidos e fechados para a

discussão sobre diversidade sexual e de gênero, como ainda pode ser o campo da medicina e outros cursos da área da saúde.

Torna-se urgente, portanto, que haja formações e capacitações permanentes, inclusive com profissionais LGBTQIA+ (como compartilhado nesta tese, uma das entrevistadas relatou a ausência de acolhimento e resolução de suas demandas por parte de um profissional LGBTQIA+), enfrentando a lógica binária, normativa e biologicista, que reproduz estigmas, afeta a saúde mental e afasta essas pessoas da APS (Paranhos, Willerding & Lapolli, 2021).

Destacamos também a importância de que tais ações não se configurem como momentos isolados, práticas descontínuas e pontuais, mas que sejam incluídas no cotidiano dos serviços, a partir da percepção de que é a partir do convite a que esses/as profissionais repensem sua formação e sua prática que poderá ser vislumbrada uma APS que produz cuidado e acolhimento a pessoas LGBTQIA+. Entretanto, como apontam Ferreira, Barbosa, Esposti e Cruz (2019), algumas dificuldades são vivenciadas nos serviços de saúde quando se trata da realização de práticas de educação permanente, como sobrecarga de trabalho vivenciada pelos profissionais, número insuficiente de profissionais, ausência de planejamento para a realização das ações, pouca valorização com relação à educação permanente pela gestão, além de características inadequadas das iniciativas de EPS desenvolvidas. Quando pensamos na ação desenvolvida com profissionais para a presente tese, podemos perceber a baixa adesão de profissionais, considerando que foram convidados todos os profissionais de nível superior de 23 Unidades Básicas de Saúde, e tiveram interesse em participar do encontro 23 pessoas. Diversos aspectos podem se relacionar na produção desse fato, como a dificuldade para se ausentar do posto de saúde, com possível acúmulo de pacientes em fila de espera aguardando atendimento, o baixo interesse pela temática discutida, a pouca valorização com relação à momentos de educação permanente, e assim por diante. Isso nos indica a importância de que profissionais sejam incluídos no planejamento de tais

momentos, que participem colaborando com possíveis temáticas de interesse ou temáticas que se mostrem necessárias considerando o cotidiano dos serviços e que possam propor metodologias que pareçam interessantes e atrativas, para que a educação permanente não se constitua apenas a partir de um movimento vertical, no qual a gestão impõe quais temas serão discutidos e trabalhados. A sensibilização dos/as profissionais com relação às temáticas que sejam identificadas como temáticas importantes também precisa ser trabalhada, para que haja compreensão da importância de que certas políticas se tornem mais conhecidas e compreendidas, com impacto efetivo no dia a dia do serviço, como as políticas referentes às minorias sociais, tal como a população LGBTQIA+. Barbosa, Esposti e Cruz (2019) citam a importância de que a educação permanente e a qualificação profissional sejam vistas como investimento pelas instituições de saúde, que haja incentivo com relação à implementação continuada desses processos, o que pode favorecer uma percepção positiva por parte dos/as profissionais, aumentando a adesão. Destacam, também, a importância de que os métodos educativos sejam aprimorados, que haja processos sistematizados e participativos no âmbito do espaço de trabalho.

Há que se considerar que a informação e a capacitação não garantem práticas adequadas e anti discriminatórias, mas podem ser encaradas como caminhos para a adequação do cuidado às pessoas LGBTQIA+ na APS.

Acesso e acolhimento na APS: “Você chega no posto e ser bem tratada, bem acolhida, você tem aquela vontade de voltar de novo”

Ao longo dessa pesquisa uma das questões centrais para as pessoas LGBTQIA+ entrevistadas diz respeito a não se sentirem acolhidas quando procuram as unidades de saúde, o que faz com que se distanciem da APS, dificultando o acesso, pelo receio de serem

submetidas a situações constrangedoras, discriminatórias, e algumas vezes, por já terem experienciado violências LGBTfóbicas nesses espaços. Assim, ao pensarmos sobre formas de enfrentamento às dificuldades pontuadas ao longo das entrevistas, essas pessoas destacam que a produção de acolhimento e a garantia do acesso de pessoas LGBTQIA+ na APS é um ponto fundamental e/ou principal. Gilberto e Carolina consideram, inclusive, como um dos maiores desafios para a APS a produção de acolhimento, mas como algo extremamente necessário: “O acolhimento. Sentar e acolher o paciente pra entender realmente o que ele precisa. Acho que hoje é o maior desafio” (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo); “A pessoa LGBT chegar e ter acolhimento, não ser desrespeitada, conseguir acessar as coisas com mais facilidade. Eu sinto que não se consegue, é um grande desafio” (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca). Segundo a Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2013), o acolhimento é uma das diretrizes para o trabalho no SUS, e significa reconhecer a necessidade de saúde do usuário do SUS, construir uma relação de confiança, compromisso e vínculos entre aqueles/as que compõem os serviços. Profissionais participantes da pesquisa também apontaram o acolhimento como imprescindível no atendimento a pessoas LGBTQIA+, como Vanessa (enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda):

Sempre deixo bem claro: olha, a gente tá aqui pra te acolher. Porque eu acho que na maioria dos casos que o paciente precisa mesmo, é só acolhimento, é só meia hora de conversa, às vezes dez minutos que você tem pra conversar e perguntar: você tá bem mesmo? Vamos conversar. Não custa nada, entendeu? Pra ele já é muita coisa, porque eles não têm isso no dia a dia deles, ninguém sabe.

Temos, portanto, que as tecnologias leves se mostram como caminho para o enfrentamento das situações de violência vivenciadas pelas pessoas LGBTQIA+ na APS. Segundo Boldrin et al. (2025), são tecnologias leves aquelas que dizem respeito à criação de vínculos, acolhimento, cuidado e autonomia ao usuário do SUS. Além destas, existem as

tecnologias leve-duras, que se referem aos conhecimentos técnico-científicos e as duras, como máquinas e equipamentos envolvidos no trabalho ofertado. Os autores destacam que as tecnologias leves são essenciais para que haja a construção de relações recíprocas e respeitadas entre profissionais de saúde e a população atendida; processos de cuidado baseados no trabalho vivo e nas tecnologias leves geram relações nas quais há construção de acolhimento e vínculos entre a equipe e o usuário.

Ao pensarmos sobre a importância da produção de cuidado e acolhimento a pessoas LGBTQIA+ na APS, apostamos na necessidade de que profissionais de saúde compreendam as demandas e necessidades de saúde dessa população, buscando produzir atendimentos nos quais a escuta se faz presente, e não a estigmatização desses sujeitos. Acolher essa população nas unidades de saúde diz respeito, também, a respeitar a identidade de gênero de cada pessoa, considerar a orientação sexual pensando em como produzir um cuidado integral para aquele sujeito, buscando aproximá-los das UBS para realizar um acompanhamento longitudinal, não fragmentado e centralizado nos pontos de atenção especializada em saúde. Ao realizar um atendimento no qual o profissional acolhe aquela/aquele paciente, por meio da escuta atenta, sem preconceitos, julgamentos e estigmatizações, por exemplo, as demandas de saúde poderão ser compreendidas e ofertada a assistência necessária para cada sujeito, evitando que haja um esvaziamento das pessoas LGBTQIA+ com relação à APS. O distanciamento dessas pessoas das UBS se mostra como um efeito das práticas discriminatórias já vivenciadas ou pelo receio de que uma ida ao posto de saúde se torne uma experiência violenta de discriminação, e para enfrentar ou reverter esse efeito, ações de enfrentamento à LGBTQIA+fobia precisam ser postas em prática nesses espaços. Breno (médico, homem cisgênero, heterossexual, preto) também destacou a importância de produzir acolhimento:

Muitas vezes as pessoas são invisíveis e se você mostrar para aquela pessoa que você tem interesse em ajudar ela, que você quer se meter em todos esses problemas. Que você quer ver a situação dela com a família, que você quer acolher todas as problemáticas dela. E que você vai atender sem pressa, sem ter algum encargo, mas que você realmente quer tocar aquele ser humano ali.

A perspectiva de Breno nos aproxima do que trazem Boldrin et al. (2025), ao refletirem sobre as abordagens realizadas pelos profissionais de saúde usarem de forma racional as tecnologias disponíveis. Ou seja, ao realizar inicialmente uma escuta atenta, com foco na criação de vínculo, acolhimento e compreensão da história do sujeito, de suas queixas e/ou demandas de saúde, tecnologias desnecessárias podem ser deixadas de lado, como a prescrição de testes rápidos para qualquer pessoas LGBTQIA+ que busque o posto de saúde, inclusive em situações nas quais a pessoa não procurou a UBS com esse fim, o que ocorre pela estigmatização dessa população por parte dos profissionais de saúde. Trata-se de trazer visibilidade para esses sujeitos, que muitas vezes tornam-se invisíveis na UBS, como destacado por Breno. Porém, tal visibilidade deve ser pautada no respeito, na escuta atenta às suas histórias e demandas de saúde, diferentemente da visibilidade que vem sendo produzida atualmente na APS: uma visibilidade que produz constrangimento, violência e práticas que vulnerabilizam ainda mais essa população. A visibilidade apontada pelas/os participantes da pesquisa é aquela que os afasta da APS.

Dentre as narrativas que trouxeram experiências nas quais as pessoas se sentiram acolhidas na UBS, apontamos para os atendimentos psicológicos como importante espaço de escuta e produção de vínculos. Dandara relata a importância do acompanhamento com um Psicólogo da UBS:

Mesmo que eu não me visse enquanto travesti, eu já era uma pessoa LGBT, eu conversava com ele sobre os meninos que eu gostava, sobre situações em relação a isso

dentro da minha família, e ele sempre me acolheu e me passou uma positividade, o que me ajudou bastante. Acredito que minha terapia com ele durante esse tempo foi um processo crucial, pra eu ficar bem hoje. Hoje em dia eu faço uso dos medicamentos, não faço mais terapia, pretendo voltar a fazer, mas acredito que se eu não tivesse dito o acolhimento profissional que eu tive naquela época, as coisas não estariam acontecendo como estão hoje.

É importante pensarmos que a Psicologia é atravessada por diferentes forças e normativas, não estando isenta de atuar de forma a estigmatizar e patologizar identidades que fogem à cisheteronormatividade. Ao mesmo tempo, atuam diversas frentes que buscam produzir uma Psicologia anti-normativa, que colabore com a autonomia dos sujeitos e com o enfrentamento à LGBTQIA+fobia. Relatos das pessoas participantes nos indicam que, no contexto das UBS do município, psicólogas/os têm colaborado com a produção de ambientes acolhedores com pessoas LGBTQIA+. Cabe refletirmos que, havendo maior integração entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família e profissionais das equipes multiprofissionais, como Psicólogas/os, tais questões poderiam ser discutidas entre as equipes, possibilitando a ampliação desse acolhimento para os demais atendimentos de outras/os profissionais das UBS. Também destacamos que a atuação na APS não se reduz aos atendimentos individuais. Lana (mulher trans, heterossexual, parda) compartilhou que a Psicóloga que a atendia realizou uma Visita Domiciliar à sua família, para dialogar sobre a identidade de gênero de Lana, uma vez que havia pouca compreensão no ambiente familiar:

O povo aqui de casa não acreditava nessas coisas, dizia que era coisa da minha cabeça, que eu era louca, entendeu, que eu inventava isso na minha cabeça, entendeu? Aí foi quando realmente eu fui pro NASF, né, que eu tive acompanhamento com a Dra. (...) que era a psicóloga de lá naquela época, e a gente teve todo um acompanhamento né, ela veio aqui em casa, ela falou com meu pai, minha mãe, com a família inteira. (...) A minha mãe

também não entendia, Lívia, ela dizia que isso era uma coisa da minha cabeça. E foi quando ela começou a ter um contato com a psicóloga que ela começou a abrir a mente dela, sabe?

Assim, compreendemos que, sendo a APS estratégica para o desenvolvimento de diferentes possibilidades de atuação e acompanhamentos aos sujeitos do território, envolvendo a realização de grupos, atendimentos individuais, visitas domiciliares, entre outros, é preciso ser inventivo em nossas atuações, identificando as necessidades que cada história de cada sujeito LGBTQIA+ nos traz, sem nos enrijecer às normativas e às linhas duras de funcionamento das próprias UBS.

Enquanto psicóloga de uma equipe multiprofissional atuante em seis UBS do município, chegaram até mim diversos sujeitos com questões relacionadas à orientação sexual e alguns com demandas referentes à identidade de gênero. Cada pessoa trazia sua singularidade aos atendimentos, algumas falando abertamente sobre o relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo, ou sobre conflitos familiares decorrentes da orientação sexual não normativa; também surgiram questões sobre o auto reconhecimento e atravessamentos sociais da transfobia; cada pessoa trazia consigo um tempo e uma forma de abordar a temática. O ponto em comum, em todas as experiências de atendimentos às pessoas LGBTQIA+ que chegaram até a mim em busca de escuta e acolhimento foi a manutenção de uma postura atenta, cuidadosa, empática e que possibilitasse a promoção de autonomia desses sujeitos, a percepção de si enquanto ser com abertura para o mundo, com possibilidades de vida. Fortalecer esses sujeitos, escutá-los e ampará-los em suas dores e felicidades, lembrá-los que existem estratégias de enfrentamento às LGBTfobias cotidianas, buscar construir com eles linhas de fuga às durezas vivenciadas, tudo isso se mostra como uma transgressão micropolítica às normas que buscam produzir silenciamento e matabilidade a esses corpos.

Coloca-se o desafio, portanto, de produzir outras visibilidades, que tragam autonomia para o sujeito, que coloquem no centro a história singular de cada pessoa LGBTQIA+, uma visibilidade que possibilite a produção do cuidado integral a cada indivíduo.

Outro aspecto fundamental com relação ao acolhimento de pessoas LGBTQIA+ se refere ao respeito ao nome de pessoas trans. Lana (mulher trans, heterossexual, parda), traz que:

Eu acho que tem que melhorar mesmo a questão do atendimento, tipo, você chegar no posto de saúde e ter um acolhimento, a pessoa se importar, perguntar como você quer ser chamada, qual pronome você usa, a pessoa perguntar se coloca na sua ficha aquele nome que está lá ou outro nome, a pessoa ter um amparo, aquela ajuda, essas coisas, elas influenciam bastante na vida da gente. Você chega no posto e ser bem tratada, bem acolhida, você tem aquela vontade de voltar de novo.

Para Lana, portanto, o acolhimento na unidade de saúde tem início a partir do momento em que, ao chegar, sente que há preocupação e respeito por parte de profissionais da UBS sobre como deseja ser chamada, qual pronome deve ser utilizado, além de pontuar que isso possibilita que surja o desejo de voltar naquele posto de saúde, garantindo a continuidade do cuidado e o vínculo com a equipe, por exemplo. O respeito ao nome e ao pronome de pessoas trans produz uma visibilidade para esses sujeitos como sujeitos de direitos, produz inclusão no espaço da APS, facilitando a criação de vínculos entre profissionais e usuários. Isso produz um fortalecimento do cuidado, contrariamente à marginalização institucional que vem sendo experienciada pelas pessoas trans nos espaços da APS. Como efeito da produção de vínculos, pode ser experienciado também um cuidado longitudinal à saúde de pessoas trans na APS, sem que haja a responsabilização desse cuidado para outros níveis de atenção, como nos serviços especializados apenas.

Roberta (mulher trans, heterossexual, negra) compartilhou uma experiência vivenciada com uma médica da UBS, na qual a profissional perguntou como ela se identificava e questionou sobre a pergunta era errada ou correta, o que possibilitou que ela se sentisse mais à vontade, considerando, inclusive, a pergunta como algo positivo, uma vez que permite que o sujeito se posicione e que novas situações de desrespeito possam ser evitadas:

Como a gente tava falando de hormônios, ela disse: ah, então você se identifica como o que? Ela até perguntou, assim, se era errado ou não perguntar. E eu disse não!! É por essa falta de educação que as pessoas têm, de não perguntar, que elas acabam não tendo conhecimento e acabam cometendo atitudes preconceituosas e depois falam “ahhh, não sei, foi por falta de não saber, nunca soube disso” mas sempre tem alguém ali pra te ensinar, contar, conversar... então não foi uma falta de atitude dela, gostei muito e a gente conversou muito.

Diante de inúmeras situações nas quais pessoas trans têm o nome e o pronome desrespeitado quando buscam uma UBS, cabe a cada profissional se dirigir a essas pessoas de forma respeitosa e, quando houver dúvidas, questionar: como você quer que eu te chame? Como você se identifica? A pergunta possibilita que sejam evitadas transfobias no atendimento, o que traz mais acolhimento e possibilita a criação de vínculos

No Brasil, desde 2007, por meio da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS (Ministério da Saúde, 2007), é assegurado o uso do nome social nos documentos do SUS, para que não sejam vivenciados atendimentos desrespeitosos e preconceituosos. Assim, é direito de pessoas trans e travestis serem chamadas pelo nome com o qual se identificam, em contraposição ao nome do registro civil. A efetivação desse direito na APS sinaliza o comprometimento com a construção de espaços nos quais essas pessoas serão acolhidas e respeitadas, em suas singularidades, nos quais suas histórias e demandas serão ouvidas. Como discutido no capítulo 3, são diversas as vivências de desrespeito ao nome social nas

Unidades de Saúde de São Gonçalo do Amarante, o que produz distanciamento de pessoas trans e travestis da APS no município, pelas situações já vivenciadas e pelo receio de novas violações. Durante a capacitação, uma das enfermeiras destacou, também, a importância do cadastro dos usuários, que é realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde, e que deve-se ter atenção para o campo do nome social:

Falando sobre essa questão do nome social, é uma coisa que não obrigatoriamente quem faz é o enfermeiro e o recepcionista do posto, mas o agente de saúde que faz o cadastro do cidadão, ele pode ir lá e incluir o nome social. Então eu acho que existe uma fragilidade muito grande que os cadastros que são realizados pelos ACS, que muitos não sabem o que fazer, não sabem as informações, não sabem colocar isso e aquilo e essa questão do nome social, geralmente o nome social que eu vejo é apelido. Toinha.... (risos) colocam mais o apelido entendeu. É isso, entendeu? (Rebeca, enfermeira, mulher cisgênero, heterossexual, parda).

A fala de Rebeca nos aponta para a importância de momentos de capacitação também com as ACS, como foi apontado no tópico anterior, para que a inserção do nome social de pessoas trans tenha início no momento do cadastro, o que poderia diminuir situações de constrangimentos e violações no âmbito da unidade de saúde. Entretanto, é necessário que os sistemas de registro em prontuários eletrônicos disponham da opção de Nome Social e que esteja disponível para ser preenchido corretamente por profissionais da saúde. No estudo de Lopes et. al. (2023), realizado na cidade do Rio de Janeiro, profissionais de saúde participantes apontaram que existem falhas na exibição do nome social em prontuários eletrônicos e que nem sempre o sistema oferece essa opção na hora do registro. No município onde a presente pesquisa foi desenvolvida, como citado, existem falhas no preenchimento, como apelidos sendo inseridos no campo “Nome social”, e também foi percebido, por meio de uma capacitação realizada com ACS sobre

a temática da pesquisa, que muitas acreditavam não poder inserir o nome social do usuário, mesmo havendo o campo disponível, por questões relacionadas a receituário médico e solicitação de exames, por exemplo. Enquanto outras ACS presentes afirmavam ser necessário registrar o nome social. Consideramos, portanto, que deve haver orientações corretas para profissionais que registram os cadastros, além de sistemas que garantam o registro do nome social, a fim de que essas pessoas tenham o direito preservado e sofram menos violações. Como refere Rocon et. al. (2016, p. 2517) “o desrespeito ao nome social, a trans/travestifobia nos serviços de saúde e o diagnóstico patologizante no processo transexualizador se apresentaram como principais impedimentos ao acesso universal, integral e equânime”.

Portanto, uma vez identificado que o desrespeito ao nome social se configura como uma violência e afasta pessoas trans da APS, temos que usar o nome escolhido pela pessoa que busca o serviço se configura como importante ferramenta para a promoção do acesso, a produção de acolhimento, o estabelecimento de vínculo entre profissionais e pessoas trans que buscam a APS. Assim, concordamos com Silva, Silva, Coelho e Martiniano (2017), quando afirmam que

A presença do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários da saúde, bem como o respeito dos profissionais da área ao adotarem o nome de escolha do usuário em seu atendimento impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços ofertados, reafirma o compromisso de universalidade e equidade do SUS, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades (p. 838).

Para efetivar o acolhimento de pessoas LGBTQIA+ por profissionais que atuam no SUS, mais especificamente na APS, através das diversas estratégias possíveis, como escuta atenta, respeito ao nome social, posturas empáticas e não discriminatórias, é fundamental que

haja compreensão sobre conceitos como sexo, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros, o que se relaciona ao tópico anterior, sobre a capacitação e a formação de profissionais da saúde.

Em documento produzido pelo Governo do Estado do Ceará (2023, p. 7) traz importantes recomendações aos profissionais da APS para a promoção de acolhimento e para a garantia de acesso de pessoas LGBTQ+ nas unidades de saúde:

Procure informações para se manter atualizado sobre temas de saúde LGBTQ+; Não pressuponha heterossexualidade da pessoa; Não assuma que o sexo seja equivalente ao gênero, ou seja, que a cisgenereidade seja uma regra; Use uma linguagem neutra e inclusiva; Pergunte a pessoa como ela quer ser chamada; Tenha em consideração que esta auto identificação é um processo individual; Não faça julgamentos ou comentários morais; Dirija-se a ela [pessoa trans] pelo nome escolhido (independente da aparência); Ofereça o cartão SUS com o nome social; Entenda que a pessoa tem direito ao uso do nome social, mesmo que não tenha realizado a retificação do nome de registro; Tenha clareza de que os pedidos de exames podem ser feitos com nomes sociais; Supere visões normatizadas, (como por exemplo “toda mulher trans é profissional do sexo, ou tem HIV); Construa na relação com a pessoa atendida um itinerário de Cuidado Integral; Faça do acolhimento uma estratégia de promoção do acesso.

O respeito ao nome social de usuários do SUS se mostra como estratégia que pode produzir efeitos de aproximar da APS uma população que permanece à margem das unidades de saúde, efetivando o direito à cidadania dessa população. O estudo de Gomes et. al. (2018) traz o relato de alguns gestores, que compartilham uma estratégia utilizada para dialogar com pessoas LGBTQIA+ sobre suas demandas de saúde, direitos e questões sobre diversidade sexual e gênero, no município de Cuité, Paraíba. Segundo relatado por meio das entrevistas realizadas pelos autores, foi desenvolvido um grupo voltado para pessoas LGBTQIA+ fora do

ambiente da UBS, uma vez que foi identificado afastamento dessas pessoas do posto de saúde; a partir do grupo, que era realizado em um teatro, eram debatidas questões referentes à saúde dessa população, com participação de diferentes profissionais, em uma tentativa de criação de vínculos, acolhimento e confiança, mostrando abertura para que pessoas LGBTQIA+ pudessem procurar os postos de saúde.

Dessa forma, compreendemos que podem ser utilizadas estratégias plurais, como grupos terapêuticos, psicoeducativos, palestras, rodas de conversas, no território, a partir do desenvolvimento de atividades voltadas para a população LGBTQIA+, visando produzir mais acesso e acolhimento, mais proximidade aos profissionais de saúde, não sendo restrito aos atendimentos individuais no posto de saúde, e sem diminuir a importância de que nesses atendimentos haja escuta e acolhimento.

Ao pensarmos sobre o acesso de pessoas LGBTQIA+ à APS, também é importante levantarmos a questão da equidade. Não é incomum ouvirmos de profissionais falas como “são todos iguais”. Costa-Val *et. al.* (2022) citam tal realidade encontrada em estudo desenvolvido com profissionais da APS de Ouro Preto, Minas Gerais, no qual as pessoas entrevistadas trazem o discurso de que não existiam diferenças no atendimento a pessoas LGBTQIA+, pois “todos somos seres humanos”. Como citado anteriormente, a equidade, como princípio do SUS, refere-se a reconhecer que existem diferentes necessidades entre os sujeitos (Escorel, 2008), não sendo possível tratar a todos de forma igual, e sim reconhecendo as necessidades de grupos minoritários e identificando as necessidades que se apresentam aos serviços de saúde.

Quando pensamos na equidade de acesso à assistência à saúde para pessoas LGBTQIA+ no SUS, devemos pensar como garantir este acesso sem “incorrer em discursos que homogeneizam seus corpos ou, ainda, que os particulariza a partir de fixações identitárias” (Costa-Val et al., 2022, p. 15). Há que se considerar, como pontuado pelos

autores, que a população LGBTQIA+ é bastante heterogênea, além de ser atravessada por outros marcadores sociais, como raça, etnia, classe social, entre outros aspectos, o que se configura como um desafio para pensar a garantia da equidade no acesso, sem homogeneizar esta população, considerando as desigualdades, sem produzir exclusões e marginalizações. Citam, como exemplo, que profissionais da atenção primária associam a baixa procura de pessoas trans à UBS pelo fato de não haver, nesses espaços, a disponibilização de hormônios.

Há uma percepção de que as demandas se resumem, portanto, ao uso de hormônios, desconsiderando outras necessidades de saúde, as múltiplas experiências desses sujeitos. Homens trans, por exemplo, podem recorrer ao uso de faixas para ocultar os seios, cortes de cabelo e vestuário como estratégias que não se referem ao uso de hormônios; mulheres trans podem ter o desejo de realizar a cirurgia de transgenitalização, outras não; tais processos acabam sendo desconsiderados quando se produz uma universalização das demandas e experiências. Associações recorrentes entre pessoas LGBTQIA+ e as IST's ou transtornos mentais também se configuram como uma universalização das demandas e homogeneização da população, o que precisa receber atenção por parte das/os profissionais. Assim, é preciso levar em conta as demandas que se referem a cada grupo, sem deixar de singularizar cada experiência e história de vida.

Em sua narrativa, Gilberto (homem cisgênero, gay, pardo) se refere ao desejo que profissionais considerem pessoas LGBTQIA+ comuns (no sentido de não sofrerem discriminações ou exclusões por serem LGBTQIA+), mas que dentro desse comum, existem especificidades, por serem pessoas LGBTQIA+ (questões distintas, portanto, das questões de saúde de pessoas cisheteronormativas, como algumas discutidas anteriormente neste estudo). Assim, o discurso da igualdade, muitas vezes utilizado para exemplificar a ausência de preconceito, pode funcionar como ferramenta que mais atrapalha do que ajuda a aproximação da população LGBTQIA+ da APS.

Ao se pensar sobre o acesso, há que se considerar também um fator que atravessa toda a população que busca acompanhamento no SUS, não apenas a LGBTQIA+, e diz respeito ao horário de funcionamento das Unidades de Saúde; há que se pensar, portanto, na organização dos serviços de forma a possibilitar o acesso em horários possíveis para aquelas/es que não conseguem acessar os equipamentos de saúde no horário habitual de funcionamento. Alguns municípios passaram a adotar o horário estendido de funcionamento das UBS e em 2020 foi instituído o Programa Saúde na Hora (Brasil, 2020), que propõe ampliação do acesso aos serviços da APS por meio do horário estendido. Outra questão discutida por Santos et al. (2024) se refere ao prejuízo no acesso em decorrência de baixo quantitativo de profissionais, o que significa baixa quantidade de vagas disponíveis para atendimento com relação à demanda existente nos territórios, sendo a agenda de serviços insuficiente para que a população tenha acesso quando necessário. Em São Gonçalo do Amarante, a partir da experiência de atuação nas UBS, constatam-se, por exemplo, longas filas de espera para o acompanhamento com profissionais da Equipe Multiprofissional (nutricionista, psicólogo e assistente social).

Quando pensamos na população LGBTQIA+, especificamente, além da questão estrutural do próprio SUS, entendemos que a LGBTQIA+fobia institucional atua como importante entrave para a garantia de acesso, que ao conseguir acessar a UBS, decide se afastar pelas múltiplas experiências de violência vivenciadas. Assim, diversos fatores se conectam e produzem dificuldades no acesso da população geral e, mais especificamente, da população LGBTQIA+ à APS.

Concordamos também com Correa et. al. (2024), quando os autores pontuam que é urgente que o debate sobre sexualidade e diversidade de gênero seja ampliado, que se discuta sobre saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, para além das questões referentes à cisgeneridade e à heterossexualidade, que sejam levadas em conta questões sobre as identidades não normativas, tensionando as lógicas binárias que atravessam os conhecimentos

e práticas no campo da saúde, e que o debate seja incluído em espaços nos quais ainda não se discutem essas temáticas, como instituições de ensino, familiares e religiosas, para o acesso à saúde possa se dar de forma equitativa.

Considerando que, apesar da existência de políticas públicas de saúde voltadas para a população LGBTQIA+, permanecem havendo fragilidades nas estratégias postas em prática para que haja garantia de acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde, torna-se essencial que gestores e profissionais atuantes na APS busquem a produção de caminhos para a efetivação do acesso e do acolhimento de pessoas LGBTQIA+ no SUS, com articulação de meios que ampliam e garantam o acesso e por meio da gestão da demanda.

Participação, controle social e efetivação de políticas públicas: “Existe, mas acho que existe no papel. Porque na vida real não funciona”

Durante a realização das entrevistas, um dos caminhos apontados para o enfrentamento dos desafios vivenciados por pessoas LGBTQIA+ no cotidiano da APS diz respeito à efetivação de políticas públicas já existentes, como a própria PNSILGBT. Uma das participantes considera que, apesar da existência da PNSILGBT há mais de uma década, ela nunca chegou a ser implementada, de fato, no cotidiano da saúde pública do município:

Pois essa política existe desde 2011, tá fazendo 11 anos esse ano, mas com aquela dificuldade de ser de fato implementada em muitos municípios. Eu acho que ela nunca foi implementada em São Gonçalo não (...) E é isso que falha, é o não colocar em prática, sabe? Acho que é o que falha mesmo (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra).

Segundo Vilasbôas e Paim (2008), a implementação de políticas públicas faz parte do processo de ciclo de políticas, e implica a operacionalização das decisões que foram tomadas com o objetivo de enfrentar problemas e atender às necessidades identificadas no território.

Sendo assim, a elaboração de uma política nacional sobre saúde da população LGBTQIA+ se deu a partir da identificação de necessidades de saúde dessa população, em um país marcadamente LGBT+fóbico, devendo ser implementada nacionalmente. Como referem os autores, no Brasil, a gestão aparece como central no processo de implementação das políticas de saúde; com a noção de descentralização das ações e serviços de saúde, a partir da década de 90, os municípios habilitados na forma de gestão plena do sistema saúde se tornam protagonistas na execução da implementação das políticas, havendo forte papel do Governo Federal a partir da transferência de recursos financeiros a partir da adesão dos municípios às políticas propostas. Diante da percepção da não implementação da política de saúde LGBTQIA+ no campo da pesquisa, em algumas narrativas aparece, então, a importância de que esse caminho seja traçado, como estratégias para a efetivação de direitos e melhoria da atenção ofertada a essa população:

Então eu acredito que se existisse um projeto que realmente efetivasse uma política pública de saúde LGBT (...) Mas uma política pública de saúde LGBTQIA+ que realmente nos acolhesse, que realmente tivesse uma atenção voltada, que fosse um médico que ele chegasse aqui e me atendesse como uma travesti, que ele pensasse “olha eu to atendendo uma travesti, então eu preciso saber as necessidades de uma travesti” (Dandara, travesti, bissexual, preta).

As pessoas entrevistadas apontam que, apesar da existência de uma PNSILGBT ou de leis/portarias, é preciso que haja a efetiva implementação e controle de tais normativas, como destacado acima, na fala de Dandara, e como também indicou Carolina (mulher cisgênero, lésbica, branca):

Existe, mas acho que existe no papel. Porque na vida real não funciona. Ter pessoas para saber se aquilo está funcionando. Tem a lei num sei das quantas, tu chega no postinho e não tem. Quem vai me garantir que está na lei, mas no postinho também, quem vai me

garantir? Quem vai tá fazendo essa inspeção de que aquilo está funcionando pra aquelas pessoas?

Pensando sobre a efetivação de políticas públicas para a população LGBTQIA+, há que se considerar que, mesmo a PNSI tendo sido publicada em 2011, as disputas em torno dos direitos de pessoas que fogem à cisheteronorma são permanentes, fator que dificulta a efetivação de programas, políticas e projetos voltados para essa população. Como refere Correa et. al. (2024), discursos de ódio contra pessoas LGBTQIAPN+ sofreram um aumento a partir de 2017, reflexo do conservadorismo religioso no âmbito político no Brasil. Assim, a relação em direitos e cidadania de pessoas que se encontram fora da cisheteronormatividade e o poder público se tornou mais complexa, com a diminuição de reconhecimento, por parte dos governantes, da importância de políticas públicas direcionadas a essa população.

O conservadorismo religioso que se intensificou em diversos âmbitos do poder público a partir de 2017 trouxe consigo o reconhecimento da cisgeneridade e da heterossexualidade como único modo de ser legítimo, desconsiderando-se também que pessoas LGBTQIA+ apresentam vulnerabilidades em decorrência de processos de discriminação e que necessitam de políticas públicas que busquem dirimir as desigualdades e produzir proteção e cuidado. Principalmente após as eleições presidenciais de 2018, as políticas de gênero sofreram ataques constantes, por meio de discursos, medidas de controle e opressão, desinvestimento público, entre outros, como rememoram Correa et. al. (2025). Tal contexto se articula a maior dificuldade de implementar de forma satisfatória políticas para essa população, como a PNSILGBT, o que não passou despercebido para Carolina (mulher cisgênero, lésbica, branca), por exemplo:

Porque o sistema público de saúde já é sucateado com o básico, e isso deveria ser básico também, mas infelizmente não é. E principalmente com esse atual governo [governo de 2022], que torna tudo mais difícil pra comunidade, esse é o grande desafio, conseguir de

fato inserir isso no sistema e fazer ele funcionar, porque tá inserido de uma maneira muito superficial sabe, e não funciona.

Diante de ondas de conservadorismo, é importante reconhecer a ameaça constante às políticas de equidade, como as que se articulam às discussões sobre diversidade sexual e de gênero, buscando estratégias cotidianas, no plano micro e macropolítico, para que os princípios do SUS sejam consolidadas e fortalecidos, assim como as políticas existentes e que ainda são pouco implementadas nos territórios, como é o caso de São Gonçalo do Amarante:

Faltam Políticas Públicas realmente pra isso. É o que falta... alguém lá na Câmara levantar isso daí, que não tem. Eu já tentei isso aí tantas vezes, sabe? Mas não tem um representante. Você pode olhar na Câmara do município, não tem um representante LGBT, nenhum. Não tem uma proposta. Como é que o Prefeito vai fazer se você não tem um representante pra aquilo? Não vai pra frente, sabe? Não vai (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra).

Mari considera que a ausência de representantes LGBTQIA+ em espaços legislativos, como a Câmara Municipal, também dificulta a implementação de ações e a consolidação de direitos dessa população. Pereira (2017) produz uma discussão acerca da baixa representação política da população LGTB+, quando comparados a grupos cisheteronormativos, refletindo que a escassez de recursos materiais e simbólicos, articulada à violência vivenciada por esse grupo, dificultam a ambição política LGBT. Assim, nesses espaços, a maioria dos representantes se enquadram nas normas, ou seja, são pessoas cisgêneras e heterossexuais, enquanto há uma sub-representação de grupos que questionam e tensionam a cisheteronormatividade; Segundo o autor, esta sub-representação se conecta à falta de efetividade das políticas públicas direcionadas a essa população. Há também que se considerar que a interlocução entre Estado e sociedade civil ocorre de maneira pouco eficaz, havendo distância entre o que se propõe executar e o que de fato é executado no cotidiano dos

serviços, como a APS, sendo necessária maior interlocução entre quem formula e quem executa as políticas públicas (Mello & Maroja, 2012).

Tal realidade não se restringe ao município de São Gonçalo do Amarante, como destacam alguns estudos que buscaram avaliar a implementação da política em outros locais. Guimarães et. al. (2020), ao realizarem uma pesquisa em unidades básicas de saúde de um município da região norte de Espírito Santo, com 10 enfermeiras que atuam há mais de um ano na APS; constataram que 70% das participantes sequer conheciam a PNSILGBT e destacam que, no campo da pesquisa, não havia implementação efetiva da política, uma vez que faltavam iniciativas da gestão com relação à educação permanente de profissionais, pouco conhecimento sobre diversidade sexual e de gênero e estigmatizações da população LGBT.

Dentre os caminhos apontados por participantes da pesquisa e por outros estudos, temos que a movimentação de pessoas LGBT, pela organização em coletivos, por exemplo, permanece como estratégia importante no campo das políticas públicas e, mais especificamente, políticas de saúde. Mari (mulher cisgênero, lésbica, negra) considera que é necessário haver representante da comunidade LGBTQIA+ em espaços como a Câmara Municipal, enquanto Lana (mulher transexual, heterossexual, parda) também aponta para a importância de ter alguém a frente das lutas pelas demandas dessa população: “Tem que ter uma pessoa que esteja a frente ali, por exemplo, ter um centro em SGA de Políticas Públicas LGBT”. Guimarães et. al. (2020) exemplificam que, no município da pesquisa, o processo de educação permanente de profissionais das UBS era realizado por um grupo de militância LGBT, intitulado “TRANS em ação”. Diversas conquistas relacionadas à população LGBT foram fruto da articulação entre movimentos e grupos, tensionando os diversos campos, como a saúde pública: “Os avanços na assistência à saúde da população LGBTQIAPN+ se deram a partir da participação social, estabelecida pelos movimentos políticos e sociais, com enfoque no combate à invisibilização e pela promulgação de novas leis e políticas públicas de saúde”

(Correa et. al., 2024, s.p.). A articulação e a luta a partir de movimentos e lideranças LGBTQIA+ aparece como importante via para a efetivação de políticas, não podendo, entretanto, substituir a responsabilidade de agentes inseridos nas políticas públicas com os processos necessários, como aqueles de educação permanente direcionada aos profissionais. Dentre as fragilidades estruturais que contribuem para a dificuldade na implementação da PNSILGBT, apontamos algumas destacadas por Mello, Brito e Maroja (2012, p. 418).

b) Dificuldades de implantação de modelo de gestão que viabilize a atuação conjunta, transversal e intersetorial, de órgãos dos governos federal, estaduais e municipais, contando com a parceria de grupos organizados da sociedade civil; c) carência de previsão orçamentária específica, materializada no Plano Plurianual (PPA), na Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e na Lei Orçamentária Anual (LOA); e d) reduzido número de servidoras públicas especializadas, integrantes do quadro permanente de técnicas dos governos, responsáveis por sua formulação, implementação, monitoramento e avaliação.

Como estratégia importante, temos também que a participação e o controle social se fazem necessários diante da disputa frequente com relação às diversidade sexuais e de gênero, inclusive no campo da saúde. Uma das perguntas realizadas foi sobre a participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde, ao que todas as pessoas participantes responderam não fazer parte, nem ter sido convidada/o a participar de alguma Conferência Municipal de Saúde. Segundo Pereira e Santos (2016), com o fim da ditadura e o início do período de redemocratização, na década de 1980, a expressão “controle social” passou a ter o significado de atuação e controle da sociedade civil sobre as ações do Estado, principalmente no campo das políticas sociais. Na PNSILGBT, temos que o apoio à participação social de movimentos organizados da população LGBT é uma responsabilidade da gestão municipal, por meio das Conferências de Saúde e em outros processos participativos (Brasil, 2011).

Em estudo de Santos, Silva, Santos e Silva (2024), os autores entrevistaram 10 pessoas LGBT, em um município da Bahia, e identificaram que a maioria das pessoas participantes não tinham conhecimento sobre as reuniões do Conselho Municipal de Saúde e desconheciam ações voltadas para a população LGBT, assim como na presente pesquisa. Os autores apontam que a participação da sociedade no desenvolvimento de projetos e ações que serão implementadas no âmbito do SUS é de extrema importância, podendo colaborar com a construção de acesso a serviços de saúde de forma mais equânime, integral e universal. A participação social tem importância, uma vez que possibilita a construção de ações e iniciativas a partir das necessidades destacadas pela própria sociedade, mais alinhada à realidade de cada território.

Acerca disso, temos que a Lei nº 8.142/90 regulamenta a participação social, a partir da criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. O Conselho de Saúde, por exemplo, deve ser composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (Brasil, 1990). Segundo Moroni (2006), tanto as conferências como os conselhos são espaços políticos nos quais é possível elaborar, deliberar e fiscalizar a implementação de políticas públicas. Também se destacam outros espaços como audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (Cossetin, 2010). Existem também as formas não institucionalizadas de participação, que envolvem qualquer atividade de saúde, como aquelas individuais/assistenciais (consultas) e também as mais coletivas/educativas (grupos educativos) (Campos e Wendhausen, 2007). O II Plano Operativo da PNSILGBT (Brasil, 2017) traz um eixo de “IV - Mobilização, articulação, participação e controle social;” (s.p) além de artigos que visam estimular a participação e o controle social: “VII - Estimular a atuação da população LGBT nos espaços de participação, controle social e da gestão participativa da saúde; VIII - Fortalecer a participação da população LGBT em processos de

educação para o controle social no SUS” (s. p.) A participação no conselho de saúde municipal pode ser uma via para maior acompanhamento das pessoas LGBTQIA+ com relação aos projetos de saúde a serem implementados para ESSAS pessoas, por exemplo, e também para a explicitação de demandas dessa população, contribuindo com a efetivação de uma política de saúde direcionada a pessoas fora da cisheteronorma. Alan (homem cisgênero, gay, negro) destaca:

Mas assim, vejo como conselhos regionais ou locais mesmo, a informação boca a boca que é a melhor propaganda; o levantamento das informações, mais específicas, sobre quem é a população LGBT local, qual são as necessidades, certo? Basicamente isso. Conhecer as pessoas, não presumir que é todo mundo hetero ou cis, reconhecer que elas existem, que tem suas necessidades específicas para além da saúde sexual.

Alan traz em sua fala uma articulação entre a participação em conselhos locais de saúde e o levantamento de informações sobre a população LGBTQIA+ local, para que gestores pautem a implementação de ações a partir da realidade local, destacando também a importância da não pressuposição de uma cisgeneridade e uma heterossexualidade universal da população atendida nos equipamentos de saúde. Nesse sentido, esses espaços podem se tornar um campo privilegiado de interlocução entre pessoas LGBT, gestores e profissionais da APS, para o entendimento de questões de saúde, demandas a serem atendidas, mudanças necessárias, entre outras.

Como referem Rolim, Cruz e Sampaio (2013), a perspectiva do controle social no SUS pode ser considerada uma das formas mais avançadas de democracia, promovendo mudanças na relação entre o Estado e a sociedade, de forma que haja negociações com aquelas e aqueles que representam a sociedade sobre as ações a serem implementadas na saúde, considerando que os sujeitos inseridos no território possuem contribuições que podem melhorar os serviços e vivenciam as demandas de saúde em seu cotidiano. Portanto, a participação nos espaços de

controle social pode ser uma importante estratégia, na medida em que pode possibilitar às pessoas LGBTQIA+ trazer contribuições para a melhoria das políticas, apresentar demandas aos gestores, a partir das necessidades de pessoas LGBT de cada território, avaliar as ações já implementadas, e assim por diante. Assim, por meio da participação em espaços políticos como conferências de saúde e conselho de saúde, representantes da população LGBTQIA+ podem compartilhar demandas e problemáticas enfrentadas no cotidiano da APS, assim como propor mudanças necessárias para a efetivação da PNSILGBT:

Busca-se assegurar que os gestores públicos se comprometam com a excelência na concepção e implementação dos programas, projetos, ações e serviços de saúde. De um lado, portanto, o controle tem um sentido de vigilância e responsabilização. Do outro, tem o sentido de efetividade e compromisso com a coisa pública (Rolim, Cruz e Sampaio, 2013, p. 142).

Nesse sentido, concordamos com a reflexão de Santos et. al. (2024), ao destacarem a importância de que as pessoas LGBTQIA+ busquem ser mais atuantes, cobrando ações que tragam melhorias a partir do que já foi implementado no município, buscando também a implementação e efetivação de leis, políticas e projetos ainda não colocadas em prática, como a PNSILGBT; entende-se, também, que a população LGBTQIA+ convive diariamente com diversas formas de opressão e violências, o que pode fazer com que, muitas vezes, a luta por demandas como a implementação de políticas de saúde fiquem em segundo plano; além disso, apesar de estar previsto em lei, a participação social se faz como um processo, permanentemente em construção, com avanços e recuos, conquistas e retrocessos, dependente sempre da ampla mobilização da sociedade na defesa de direitos (Rolim, Cruz e Sampaio, 2013). Sendo assim, a articulação política e coletiva se apresenta como estratégia importante a ser posta em prática, pois, como destacam Pereira e Santos (2016), por meio da pressão produzida por ativistas do movimento LGBT, diversas conquistas foram alcançadas, incluindo

a participação em espaços e políticas, criação de conselhos e ações de combate à LGBT+fobia.

Mello, Brito e Maroja (2012) destacam que as políticas públicas podem exercer importante papel com relação à manutenção ou superação de opressões de gênero e sexuais. Podem, por um lado, reforçar desigualdades, se as ações e programas tiverem como objetivo atender necessidades supostamente universais dos sujeitos, sem levar em conta demandas específicas da população. Por outro lado, podem colaborar com o enfrentamento e a diminuição de desigualdades sociais vivenciadas por grupos vulnerabilizados, ao priorizarem os direitos sexuais e reprodutivos, dirigidas a grupos específicos, como em programas de combate à homofobia. É importante levar em conta que a implementação efetiva de políticas de saúde que se relacionam à populações marginalizadas, como é o caso de pessoas LGBTQIA+ ocorre de forma mais lenta e difícil do que quando se busca implementar políticas que se articulam às normas vigentes. Consideramos a PNSILGBT como uma das políticas que visa o enfrentamento das desigualdades, a promoção de saúde para a população LGBT, levando em conta os impactos que as práticas discriminatórias produzem sobre a saúde física e mental dessa população, sendo necessário que haja sua efetiva implementação, como via de ampliação do acesso de pessoas LGBTQIA+ ao sistema de saúde, com acolhimento, atenção às demandas, cuidado longitudinal, livre de discriminações e preconceitos. Por ser uma política voltada para populações à margem, sua implementação enfrenta barreiras cotidianas, que vão desde a pouca formação profissional dos profissionais sobre o tema, a cisheteronormatividade que segue norteando as práticas de saúde, baixo orçamento e recursos humanos, entre outros.

Finalizamos este tópico com o questionamento de Mello, Brito e Maroja (2012), ainda bastante atual: “Até que ponto o Governo Federal será capaz de superar a homofobia de Estado inscrita em sua estrutura e enfrentar a resistência anti-direitos sexuais de parlamentares

e gestoras públicas vinculadas a grupos religiosos” (p. 17)? Como destacam os autores: o Brasil apresenta, desde 2002, talvez o melhor conjunto de propostas de políticas públicas para transexuais, travestis, bissexuais, gays e lésbicas em todo o mundo. Entretanto, nos resta saber: “se a implementação de suas ações e programas será capaz de efetivamente criar melhores condições de vida para aquelas que têm sua sexualidade policiada e muitas vezes vivem em sua própria sociedade como se fossem párias e estrangeiras” (p. 417).

Ações educativas sobre diversidade sexual e de gênero e contra a LGBTQIA+fobia: “Só a educação nesses tempos obscuros que estamos vivendo pode transformar esse mundo”

Por fim, destacamos entre os caminhos apontados pelas/os participantes da pesquisa para o enfrentamento da LGBTQIA+fobia e das dificuldades vivenciadas dentro da APS, ações educativas e informativas em espaços como as Unidades de Saúde (Postos de Saúde) e as escolas. A fala a seguir traz a importância de momentos de Educação nas UBS:

Como eu vou querer que dentro daquele estabelecimento, uma travesti não seja agredida, é um direito dela não ser agredida, mas como eu vou querer impedir que aquela agressão exista se tem um homofóbico ali do lado dela e tem somente uma plaquinha pequenininha de papel “A4” dizendo que não pode agredir? Mas não tem informação, um segurança lá pra realmente proteger, não tem uma palestra do nada mesmo sabe, o posto tá sempre lotado, porque não usa esse superlotado, sei lá, pra dar uma palestra, explicar diversos temas, e incluir a questão da saúde LGBT dentro daquele meio (Dandara, travesti, bissexual, preta).

A perspectiva de Dandara traz a importância dos processos de educação em saúde em espaços como a UBS, considerando que tais movimentos podem colaborar para que a população ganhe conhecimento sobre a saúde da população LGBTQIA+, assim como para

coibir naqueles espaços ações de discriminação. Segundo Berbel e Rigolin (2011), por meio da educação em saúde é possível transmitir informações que possibilitem mudanças comportamentais dos sujeitos, com relação à própria saúde, mas também ampliando a capacidade dos indivíduos com relação às ações na realidade cotidiana. Silva et al. (2020), destacam que os processos de educação em saúde se configuram como uma importante estratégia de trabalho, principalmente quando utilizada para a problematização da realidade. Favorece a troca de conhecimentos, a aproximação de saberes científicos e populares, buscando colaborar com uma consciência crítica e criativa da população.

Dessa forma, entendemos que apostar em momentos de educação em saúde, dentro das UBS, pode colaborar com o debate sobre o combate à LGBTQIA+fobia nos espaços da APS, ampliar a compreensão da população daquele território sobre direitos de pessoas LGBTQIA+ e questões de saúde dessa população. De forma ampliada, as informações transmitidas dentro da UBS e os debates que podem surgir, podem ser levados para além do espaço físico do posto de saúde por aquelas e aqueles que estiverem presentes no momento do diálogo, por exemplo: “Acho que enquanto você tá no posto, estar recebendo a informação, porque quando você sai, você espalha”. Nos inspirando em hooks (2013), apontamos para a importância de práticas educativas que busquem promover transformações sociais, processos de emancipação dos sujeitos, desafiando normas opressivas e estruturas de poder. Assim, produzir discussões e espaços que debatam a diversidade sexual e de gênero e a saúde da população LGBTQIA+ para o âmbito do SUS, em uma perspectiva de enfrentamento à cisheteronormatividade que atravessa os equipamentos de saúde e as práticas de profissionais que ali atuam, se configura como importante estratégia para a invenção de uma outra APS, uma que produza cuidado e inclusão, e não marginalização e violências.

Outro aspecto que nos aponta para a importância de momentos educativos nas UBS diz respeito a pessoas LGBTQIA+ perceberem que a equipe da unidade de saúde direciona

atenção para a temática, o que pode favorecer a ida dessas pessoas ao posto de saúde. Nesse sentido, Alan (homem cisgênero, gay, negro) aponta que:

Mas acredito que a principal dificuldade é a informação, para que as pessoas saibam que independente de qualquer coisa elas têm direito e que elas vão ser tratadas de uma forma humana quando chegarem lá, né? Hoje em dia tá bem... tem até nas paredes colado que é proibido discriminação por orientação sexual, mas, ter essa segurança, da pessoa LGBT saber que pode procurar e que ela vai ser bem tratada nesse ambiente [da UBS].

Ou seja, abordar o assunto, falar sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+ nos postos de saúde, buscar dialogar com a população geral e com pessoas LGBTQIA+, pode ampliar a segurança desses sujeitos, trazendo a percepção de que naquele espaço haverá acolhimento e tratamento adequado por parte de profissionais, como também referiu Mônica (mulher cisgênero, bissexual, parda):

Mas assim, na atenção primária, aqui mesmo, eu rodo nos postos e não vejo nada relacionado a isso. E eu acho que poderia ser feito, né? Acho que poderiam fazer grupos educacionais; poderia fazer educativos que a gente faz... e colocar nas paredes dos postos, até mesmo pra eles se sentirem mais acolhidos. Se chega uma pessoa e vê um informativo falando sobre, já sente “ah, aqui abordam sobre o assunto” e podem se sentir mais tranquilos em falar sobre. Mas não tem, eu não vejo.

Uma das possibilidades de concretizar ações como essa se dá por meio da realização de Salas de Espera. Nas Salas de Espera, usuários do equipamento se encontram aguardando uma consulta, um procedimento, acompanhando outra pessoa ou buscando uma informação. Naquele espaço, durante aquela espera, alguns profissionais que compõem a equipe da UBS podem realizar um acolhimento inicial, transmitir informações sobre determinada temática, se prontificar a ouvir a opinião e as dúvidas das pessoas que se encontram presentes, produzindo um espaço de trocas entre profissionais/usuários. É importante considerar que em uma sala de

espera haverá movimento constante, barulho, entrada e saída de pessoas, assim como vozes chamando os pacientes para as salas; isso exige dos profissionais que se proponham a realizar tais atividades inventividade e criatividade. Consideramos que na realização de salas de espera, os profissionais devem buscar “instigar os sujeitos a refletirem sobre seu modo de estar no mundo e de ampliarem suas possibilidades em busca da responsabilidade relacional para lidar com suas questões cotidianas, um trabalho, portanto, cujo deleite é tecer novos territórios de saúde” (Gonçalves et al., 2013, p. 1002). Assim, ao pensarmos sobre esses espaços como estratégias onde se deve pautar a saúde da população LGBTQIA+, convidar a população para o debate, consideramos que torna-se também um convite para que naquele território seja exercido um cuidado coletivo, para além das instituições formais, e para que aquela população pense sobre a pluralidade de existências e sobre a diversidade que existe entre os sujeitos. Destacamos que:

Arranhar o silêncio de uma sala de espera e desacelerar os fluxos caóticos dos ruídos simultâneos que dominam o espaço de convivência, sobretudo quando se trata de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), exige uma postura sensível cujas práticas profissionais devem ser politicamente éticas, estéticas e afetivas (Silva, Pereira, Oliveira & Kodato, 2013, p. 1001).

Portanto, olhamos para as Salas de Espera como possibilidades de inserir, no cotidiano das UBS, ações que priorizem o diálogo e a informação sobre a saúde da população LGBTQIA+, como destacado por participantes da pesquisa. Mas algumas falas também trouxeram a importância de ampliar os espaços nos quais se abordam discussões sobre a saúde desse grupo, abrangendo a população alcançada: “Vamos pros colégios, vamos fazer palestras nos colégios, entendeu? Pra gente trazer mais aquilo. Por que ali vai atingir só quem frequenta o posto de saúde, né, só quem tá ali naquele dia, e quando você vai pra um colégio, você vai atingir uma galera muito maior, entendeu?” (Mari, mulher cisgênero, lésbica, negra).

Essas/esses participantes trouxeram, então, as escolas como local privilegiado para que sejam produzidas discussões, debates, para que sejam levadas informações para alunas/os por parte de profissionais da saúde sobre diversidade sexual e de gênero:

Quando o medicozinho vai lá no colégio, quando o pessoal do posto vai lá fazer um exame de glicemia... não que você tenha que chegar para crianças explicando isso, mas quando você chega no 9º ano, que você vai falar de abuso, desse tipo de pauta, por que não falar sobre a comunidade LGBTQIA+ em si? Por que não? Por que eu fui uma adolescente que eu passei minha adolescência, sei lá, até meio do 9º ano, em uma confusão enorme dentro de mim mesma, sabe? Por que eu nunca tive informação correta, eu pensava “meu deus, se eu fico com um amor, eu vou pegar uma doença e eu vou morrer. Eu vou, sei lá...”. Era informação muito errada, estigma, existe um estigma muito grande. Então quando você leva uma equipe que realmente trabalha a educação em saúde básica, dentro das escolas, explicando, passando informação correta, eu acho que isso desperta o interesse em buscar, sabe? (Dandara, travesti, bissexual, preta)

Dandara aponta, então, que temáticas como saúde e direitos de pessoas LGBTQIA+ devem ser incluídas nas ações realizadas por profissionais da saúde no espaço escolar. Nesse sentido, é importante destacar que a escola se configura como local de disputa política com relação aos debates sobre diversidade sexual e de gênero. As instituições escolares brasileiras, assim como os indivíduos que as compõem, como professores, gestores e estudantes, se constituem e são atravessados pelos padrões cisheteronormativos e conservadores que normatizam a sociedade, e que ganharam ainda mais força em período recente de nosso país. Citamos, como exemplo, a campanha de *Fake News* implementada pelo ex-presidente da república (2019-2023) durante sua campanha presidencial, que associava o seu concorrente na disputa ao que ficou conhecido como “Kit Gay”, que se relacionava à cartilha “Escola sem homofobia”. Tal cartilha trazia orientações aos educadores sobre educação sexual e de gênero

nas escolas, estimulando a compreensão e o entendimento sobre diversidade sexual e de gênero, e buscava incentivar denúncias de abusos sexuais sofridas por crianças e adolescentes. Entretanto, a cartilha era utilizada pelo ex-presidente como instrumento para implementar a “ideologia de gênero” nas instituições escolares brasileiras.

Assim, destacamos que houve, nesse período, o fortalecimento de práticas autoritárias, a legitimação de discriminações contra pessoas LGBTQIA+, a proibição de discussões sobre diversidade sexual e de gênero nos espaços escolares, entre outras medidas que buscavam marginalizar e vulnerabilizar essa população. Tal cenário trouxe insegurança sobre a possibilidade de levar estas discussões para dentro da escola, como apontado por Alan (homem cisgênero, gay, negro):

Nós tínhamos a cartilha anti-homofobia (refere-se à cartilha escola sem homofobia) que foi vetada; então acredito que só a educação nesses tempos obscuros que estamos vivendo pode transformar esse mundo (...) Porque a homofobia foi meio que institucionalizada. Ou, pelo menos, endossada pelo nosso governo [refere-se ao governo anterior, vigente no ano da entrevista, 2022], pelas autoridades que nos representam, e as pessoas que nos discriminam se sentem mais à vontade para discriminar, porque acham que é uma questão de opinião, levam pro seu pessoal mesmo, certo? Mas eu acredito na educação, na informação como ferramenta que possibilite a abertura dessas portas. (...) Porque eu enquanto professor acredito que tem que ser trabalhado na educação, mas é um assunto tão delicado para se trabalhar, que eu fico: pode ser trabalhado?

A dúvida de Alan, sobre ser possível abordar tais temáticas nas instituições escolares, provavelmente também atravessa diversos profissionais, tanto da saúde, como da educação, o que se relaciona aos ataques à cartilha citada por Alan, e à grande disseminação da “ideologia de gênero no Brasil”. O termo habita o imaginário social como uma ideologia que busca impor orientações sexuais e identidades de gênero não cisheteronormativas às crianças e

jovens em idade escolar. Segundo Lionço et. al. (2018) a igreja católica desencadeou uma ofensiva antigênero desde os anos 2000, buscando afirmar a naturalização da sexualidade e da família tradicional, e tal estratégia de poder se organiza em torno do termo “ideologia de gênero”, sendo um dispositivo utilizado para gerar pânico moral. A expressão passou a ser utilizada para atacar e deslegitimar estratégias de educação sobre gênero e sexualidades, o que resultou na supressão dos termos gênero, orientação sexual e identidade de gênero não apenas do Plano Nacional de Educação em 2014 (Reis & Eggert, 2017 apud Lionço, Alves, Mattiello & Freire, 2018), como também em diversos planos municipais. A “ideologia de gênero” ganhou força durante o governo de Jair Bolsonaro, mas continua presente do cotidiano social, uma vez que o Brasil continua apresentando um congresso conservador, norteador por moralismos religiosos, que buscam regular as diversas instituições sociais, como a escola, a partir de suas normas. Assim, torna-se compreensível que haja, ainda, um véu obscuro quando se trata de abordar temáticas sobre diversidade sexual e de gênero nas escolas, receios por partes de profissionais de saúde e da educação, que muitas vezes são atacados pelos/as responsáveis de alunas/os ao buscarem produzir discussões nesta temática.

Também é possível observar o impacto do avanço das ofensivas antigênero a partir da supressão da temática de diversidade sexual e de gênero em documentos relevantes à formação, como o atual Plano Nacional de Educação (PNE) instituído pela Lei 13.005/2014 e o Plano Estadual de Educação do Ceará (PEE), instituído pela lei n. 16.025, de 30 de maio de 2016 (Ceará, 2016). O PPE traz, no artigo 3º: “impede-se, sob quaisquer pretextos, a utilização de ideologia de gênero na educação estadual”, o que nos indica que tal normativa traz perspectivas cisheteronormativas, excluindo a possibilidade de discussões sobre diversidade sexual e de gênero, que podem ser incluídas no prisma da “ideologia de gênero”, facilitando o caminho para que sejam produzidas práticas LGBTfóbicas contra jovens LGBTs

nas escolas, e dificultando o diálogo sobre questões essenciais, como saúde da população LGBTQIA+.

Diante de tais ofensivas, o caminho possível, apontado pelas/os participantes da pesquisa, é o de educar e produzir ações nos territórios escolares, apesar das ofensivas contra essa temática:

Uma palestra, um grupo chegando nas escolas e falando sobre isso, não tem, a informação não chega. Eu me considero uma pessoa com acesso à informação e não sabia. Imagina um adolescente LGBT no Ensino Médio, ainda tentando entender o que está acontecendo e não sabe sobre o que ele pode acessar, no SUS, o que pode amparar ele em certas situações (Carolina, mulher cisgênero, lésbica, branca).

Destacam, inclusive, que as ações nas escolas devem pautar a saúde da população LGBTQIA+ para que jovens possam compreender quais direitos possuem ao buscar acessar o SUS e para que tenham maior entendimento sobre saúde sexual e reprodutiva, o que é pouco abordado atualmente:

Eu lembro que na escola uma enfermeira, ela foi falar sobre saúde reprodutiva e ela falou de uma forma assim bem simplificada e rápida e bem cis. Ela não incluiu o grupo. Então poderia nos discursos, nas falas, incluir outras orientações, na maioria das vezes falam só os heterossexuais, ou então a mulher e o homem que se deitam... Ah, num sei o que.... ensinar que o homem com outro homem pode usar preservativo assim como mulher com outra mulher que podem viver juntas e fazer prevenção... inclusão ne nas falas (Gilberto, homem cisgênero, gay, pardo).

Gilberto destaca a importância de que, em ações educativas nas escolas, que abordem sobre saúde sexual e reprodutiva, por exemplo, sejam incluídas informações que não tenham como base apenas o casal heterossexual e a pessoa cisgênera, reconhecendo, assim, a diversidade de experiências possíveis nesse campo. Encontramos a perpetuação de

abordagens dos aspectos biológicos da sexualidade, como aparelho reprodutor, reprodução, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos, o que “ensina a normalização das expressões de gênero, o modelo do casal heterossexual reprodutor, a família nuclear, a hierarquização dos gêneros, a exclusão de orientações sexuais diferentes etc.” (Barreto, Araújo & Pereira, 2009, p. 180), o que contribui para que pessoas que não se identificam como heterossexuais ou cisgêneras tenham mais dificuldade para acessar informações pertinentes à sua vivência sexual e à sua identidade de gênero, o que as coloca em posição de vulnerabilidade e risco. Não tendo acesso adequado à informação em espaços como a escola, esses sujeitos buscarão ainda menos as instituições de saúde, como a APS, pela ausência de compreensão sobre quais demandas podem ser respondidas por esses equipamentos, quais cuidados à saúde estão disponíveis e são necessários para pessoas LGBTQIA+.

Temos, portanto, que após o governo anterior (2019-2023), as ofensivas antigênero nos territórios escolares se intensificaram ainda mais, com ataques e discursos de ódio voltadas às populações LGBTQIA+. O avanço das ideias conservadoras se configuram como um desafio para as diversas políticas públicas, quem atua nelas e para quem delas usufrui, como políticas de saúde e educação. A instituição escolar, especificamente, é complexa, atravessada por diversos tensionamentos sociais e políticos. Cabe à escola participar na formação dos sujeitos, construção de visões críticas sobre o mundo, tendo também um papel protetivo com relação às infâncias e juventudes, e isso engloba promover espaços de discussão, diálogo e acolhimento com relação às diversidades de sujeitos que habitam e constroem o cotidiano escolar, atuando contrariamente às normas que buscam homogeneizar os indivíduos e marginalizar aquelas e aquelas que fogem a essas normas.

Entretanto, esta inserção nas escolas não ocorrerá, enquanto não houver uma mudança sobre como profissionais encaram e compreendem as questões de diversidade sexual e de

gênero. Freire, Haddad e Ribeiro (2007, p. 15) ao falarem sobre a construção de uma política pública de educação em gênero e diversidade, afirmam que não “(...) bastarão leis, se não houver a transformação de mentalidades e práticas”. Ou seja, é necessário que as identidades sexuais e de gênero que fogem à cisheteronormatividade sejam compreendidas fora da lógica patológica ou moralista, para que tais temáticas possam adentrar os espaços escolares, por meio das ações de profissionais de APS, por exemplo, de forma a colaborar com a construção de uma agenda de inclusão para pessoas LGBTQIA+, enfrentamento às estigmatizações e reconhecimento da pluralidade de corpos e sujeitos existentes.

Considerações finais

“Eu acho muito interessante esse tipo de pesquisa (...), eu acredito que possa causar algum tipo de revolução” (Dandara, travesti, bissexual, preta).

Dandara foi a primeira entrevistada nesta pesquisa. No município ela já participava de alguns movimentos com relação aos direitos das pessoas LGBTQIA+. Nos encontramos algumas vezes após a entrevista, tanto em São Gonçalo como em Fortaleza, ocasiões nas quais me dava um abraço apertado e perguntava sobre a tese. Quando relembro aquele primeiro momento, no qual esta pesquisa começava a ganhar corpo e no qual ouvi, pela primeira vez, uma participante do estudo, sua história e suas perspectivas sobre o que eu buscava estudar, me sinto grata pelo encontro com Dandara e por todos os outros que vieram a partir desta investigação. Quando finalizamos a entrevista, agradei por sua participação e perguntei se ela tinha algum comentário ou sugestão, foi quando Dandara verbalizou a frase que abre este capítulo de considerações finais.

Ao longo deste estudo, buscamos compreender quais desafios e possibilidades relacionadas à atenção à saúde da população LGBTQIA+ são experienciados na atenção básica do SUS, no município de São Gonçalo do Amarante - CE. Partimos da tese de que, apesar da existência de uma PNSILGBT, a Atenção Primária à Saúde permanece atravessada por práticas cisheteronormativas e LGBTQIA+fóbicas, produzindo experiências de violência e vulnerabilizando pessoas LGBTQIA+, apostando que caminhos de enfrentamento podem ser produzidos para a produção de uma APS não LGBTQIA+fóbica. Apostando que microrevoluções podem ser produzidas a partir de inquietações particulares, que se mostraram coletivas, ao longo desta investigação, a partir de todas as vozes que construíram esta pesquisa.

Para essa construção, trabalhamos com objetivos específicos, que nos direcionaram para as seguintes tarefas: conhecer como se dão as experiências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS; Discutir sobre demandas de saúde da população LGBTQIA+ e suas articulações à PNSILGBT; Refletir sobre os impactos que as experiências na Atenção Primária produzem sobre a saúde de pessoas LGBTQIA+, pensando caminhos de enfrentamento às dificuldades e aos desafios explicitados pelas/os participantes, discutindo a temática a partir de vozes LGBTQIA+ que já tenham experienciado atendimentos na APS e de profissionais que atuem nesse campo.

Trouxemos narrativas que nos indicam que a APS se constitui como espaço atravessado pela cisheteronormatividade, uma vez que as pessoas LGBTQIA+ vivenciam situações discriminatórias nesses equipamentos de saúde, tais como falta de acolhimento, ausência de respeito ao nome social e ao pronome, estigmatizações com relação às IST's, invisibilização com relação à orientação sexual e identidade de gênero e hipervisibilizações que produzem constrangimentos e práticas discriminatórias. Também produzimos uma discussão que buscou articular experiências singulares de pessoas LGBTQIA+ a partir de marcadores sociais da diferença, pensando como tais marcadores se articulam interseccionalmente e produzem distintas experiências nas trajetórias de pessoas LGBTQIA+.

Apresentamos uma discussão sobre a PNSILGBT e as percepções das pessoas participantes sobre as principais demandas de saúde da população LGBTQIA+, sendo elas: questões de saúde sexual e reprodutiva; saúde mental; e questões referentes à saúde de pessoas trans e travestis, para além da cirurgia de redesignação sexual. Nos propusemos a dialogar sobre caminhos de enfrentamento às dificuldades encontradas na APS, uma vez que consideramos a potência do SUS para reinventar-se e enfrentar práticas que dificultam a produção de uma APS acolhedora e inclusiva para pessoas LGBTQIA+. Entre os caminhos apontados como possibilidades, destacamos: Capacitação profissional/Educação permanente

em saúde Garantir Acesso e acolhimento nas UBS; Efetivar políticas; E ações educativas (em escolas, Unidades de Saúde e espaços públicos).

Destaco alguns aspectos sobre a construção desta pesquisa que foram mobilizadores de desafios pelo caminho. Ao começar o doutorado, também estava me reinventando enquanto psicóloga, agora atuante no SUS, mais especificamente na APS. Foi uma construção dupla, enquanto psicóloga do SUS, tateando devagar e com pés incertos o solo da saúde pública, da atenção básica, buscando entender como se daria minha atuação, os limites e possibilidades, as alianças, os riscos, as fragilidades, as potencialidades, os caminhos de enfrentamento ao que se colocava como linhas duras, as linhas de fuga ao que se mostrava enrijecido. Foi um processo de aprender a respirar em outros ares, plantar em um terreno desconhecido, sem saber o que seria colhido, mas buscando ir semente por semente.

Em meio a isso, o desafio de ser também pesquisadora nesse mesmo terreno desconhecido. Desafio, pois construir uma investigação com os sujeitos do território, que ocupam distintos lugares, possuem diferentes histórias de vida, perspectivas e ideias, traz uma grande responsabilidade. Havia o desejo de ser uma aliada, tanto daquelas pessoas que precisam de um SUS equitativo, acolhedor e antinormativo, como de colegas, profissionais que atuam no cotidiano das UBS, e se veem diante de inúmeras demandas, cobranças e desafios, entre eles o de produzir uma APS anti LGBTQIA+fóbica. É preciso considerar que essa produção não é um interesse de todo o coletivo de profissionais que atuam no SUS, mas a potência está em cada sujeito interessado em construir novos caminhos, inventar fissuras, atuar também como aliados dessa população, criando novos possíveis no cotidiano de cada Unidade de Saúde.

Enquanto, em muitos momentos, a sensação de estar tateando um caminho desconhecido e sem amparo se fazia presente no cotidiano da APS, por outro lado, o caminho enquanto pesquisadora se fez a partir de alianças que me fortaleceram e colaboraram com a

ampliação do meu olhar sobre a pesquisa, o campo, as análises teóricas e metodológicas. Compartilhar a mudança de caminho da tese, a escrita, análises, ideias metodológicas, com amparo do VIESES, trouxe, ao longo de todo o percurso, fundamentação e sustentação imprescindíveis.

O meu olhar, por muito tempo, foi de inquietação, sobre a baixa adesão de profissionais na etapa da oficina sobre saúde da população LGBTQIA+. Havia certa frustração e descontentamento em perceber que o interesse em participar de um momento formativo sobre essa temática e pensar junto a outros colegas que atuam nos postos de saúde ficou restrito a 23 pessoas. Trago isso como um ponto desafiador da pesquisa: a dificuldade de alcançar mais profissionais, debater com mais pessoas que compõem a APS de São Gonçalo do Amarante, pensar caminhos como mais cabeças pensantes. Ao mesmo tempo, celebro este número: 23 profissionais se fizeram presentes e dispostas/os a pensar comigo sobre o que as pessoas entrevistadas haviam narrado acerca de suas experiências, se dispuseram a refletir sobre o cotidiano profissionais, as dificuldades vivenciadas pelas pessoas LGBTQIA+ e como enfrentar essas dificuldades para construir outra APS. O apoio da coordenação da Atenção Básica do município também se mostrou como algo valioso, uma vez que a ideia de promover uma oficina, como espaço de Educação Permanente, foi bem recebida desde o princípio, com convites feitos reiteradas vezes às/aos profissionais da APS.

Ainda pensando sobre como foi vivenciar esta pesquisa, a etapa de realização de entrevistas se mostrou desafiadora, pois foi a primeira vez realizando uma investigação após o período da pandemia, com novas tecnologias sendo utilizadas (e preferíveis pela maior parte das pessoas entrevistadas no estudo) para a realização de momentos que antes se davam frente a frente, olho no olho, com a observação de gestos, movimentos, trejeitos, respirações, e assim por diante. Como a experiência dita o ritmo e o aprendizado, aos poucos tornou-se mais confortável a utilização de estratégias como o *Google Meet*.

Buscamos a construção de um estudo que trouxesse para a discussão o campo da saúde coletiva enquanto atravessado pelas normativas de gênero e sexualidade, o que produz impactos profundos na forma pela qual os serviços se organizam, como as práticas de cuidado em saúde são ofertadas, para quem são ofertadas, a quem é negado o direito de acessar e permanecer enquanto sujeito de cuidado. A quais corpos o direito à saúde vem sendo negligenciado ou negado? Aos corpos que questionam as normativas sociais, como a cisheteronormatividade. Ao denunciar, por meio das vozes que construíram essa pesquisa, os cotidianos de uma APS marcadamente LGBTQIA+fóbica, buscamos também convocar os atores que produzem o SUS e a APS a um reposicionamento ético e político, a uma aliança com vistas à produção de uma atenção básica que produza respeito, acolhimento, cuidado longitudinal e vínculos com as pessoas que fogem a essa normativa.

Na condição de psicólogas e psicólogos que estão inseridas na APS, torna-se essencial que reafirmemos o compromisso com o enfrentamento das discriminações, com a pluralidade de experiências possíveis de pessoas LGBTQIA+, com a produção de um cuidado não normativo, que colabore com a produção de autonomia para os sujeitos. Enquanto área que se utilizou e se utiliza dos seus discursos e práticas para deslegitimar experiências não normativas, cabe o exercício de reflexão crítica sobre os locais ocupados pela Psicologia e sobre movimentos que marginalizam e patologizam sujeitos LGBTQIA+.

Considerando o contexto social e político brasileiro, concordamos com Ferreira e Nascimento (2022) quando os autores destacam que as relações entre diferentes grupos sociais precisam ser fortalecidas como via de enfrentamento aos conservadorismos que auam nos diversos âmbitos da sociedade, defendendo uma suposta “família” e “moral” e que promovem, constantemente, ataques aos direitos de pessoas LGBTQIA+. Para a efetivação de uma PNSILGBT:

Exige-se principalmente o enfrentamento de distorções estruturais próprias do SUS, que tem como desafio a superação de inúmeras desigualdades em saúde no Brasil. A proposta dessa

política deve ser acoplada a uma transformação ampla do modelo de desenvolvimento e de sociedade, em que se possa aliar fortalecimento de valores democráticos e avanços sociais. Nesse bojo, as políticas, programas e ações para a saúde das populações LGBT se tornaram também um exercício de resistência nesses tempos de inúmeros ataques (Ferreira & Nascimento, 2022, p. 3832).

A partir das narrativas das pessoas participantes, compreendemos que a saúde coletiva e a Psicologia possuem diversos apontamentos de caminhos a seguir. O enfrentamento das situações de LGBTQIA+fobia se mostra como primordial, na medida em que diversas situações foram apontadas pelos sujeitos LGBTQIA+ e por profissionais de saúde da APS. O olhar para as demandas de saúde dessa população precisa ser cuidadoso, considerar a orientação sexual e a identidade de gênero como marcadores sociais dos processos de saúde e doença, levando em conta também a singularidade de cada sujeito, de modo a não homogeneizar suas demandas, produzindo estigmas e invisibilizações. Primordial, também, ouvir esses sujeitos sobre como enfrentar essa realidade e como realizar fissuras nos modos enrijecidos de produzir saúde. Apostar e investir nas distintas estratégias que, juntas, podem se tornar ferramentas para a construção de uma APS anti normativa.

O campo aqui investigado diz respeito a um dos níveis de atenção que compõem o SUS, e os desafios que se colocam são inúmeros. A partir disso, podemos nos questionar: como se dão as vivências desses sujeitos em outros equipamentos, em outros níveis de atenção, quais outras estratégias podem ser colocadas em prática para o enfrentamento da LGBTQIA+fobia institucional no SUS?

Confiamos que pessoas LGBTQIA+, ao transitarem e adentrarem os espaços de saúde, as ruas, as escolas, os locais de trabalho, estão ousando enfrentar a matriz cisheteronormativa que organiza a sociedade e lhes destina o lugar de margem e exclusão; tensionam as normas e verdades instituídas e denunciam a urgência de práticas micropolíticas que agenciem mudanças e rupturas na necropolítica genderizada (Silva, Barros, Nunes & Benício, 2022) que atravessa as práticas de

saúde. Considerando que a Psicologia atua em diferentes direções, tanto naquelas a partir das quais se reiteram normas excludentes e violentas, como naquelas a partir das quais busca-se produzir fissuras naquilo que está instituído, apostamos que esta tese pode contribuir com a ampliação das discussões sobre como a cisheteronormatividade atravessa o campo da saúde, produzindo violências, adoecimentos, vulnerabilizações e afastando pessoas LGBTQIA+ dos espaços do SUS. Também desejamos que este estudo seja um convite para aqueles e aquelas que constroem cotidianamente as Psicologias, a Saúde Coletiva, as discussões de gênero e sexualidade, a assumirem o compromisso com a produção de outras experiências para pessoas LGBTQIA+ nesses espaços. As vozes que construíram esta pesquisa apontaram para caminhos possíveis e precisamos nos aliar com elas nessa construção. Produzir fissuras para que suas existências ocupem o mundo e que sejam respeitadas e protegidas torna-se, portanto, urgente. Esperamos que as discussões, análises e reflexões empreendidas ao longo dessa tese colaborem nessa direção.

E decido finalizar este capítulo abrindo questionamentos, não encerrando-os: quais são as revoluções possíveis a partir desta pesquisa? Quais revoluções foram postas em movimento, ainda que imperceptíveis, a partir de cada entrevista realizada, da oficina, das andanças em outras políticas municipais a partir dessa tese? Quais revoluções irão ocorrer em cada sujeito que se dispuser a ler o que aqui foi documentado? Sejam micro ou macro, apostamos que elas irão continuar reverberando a partir de cada sujeito que se propõe a questionar as normatividades vigentes e produzir outras formas de habitar este mundo.

Referências

- Aguiar, K. F. & Rocha, M. L. (2007). Micropolítica e o Exercício da Pesquisa Intervenção: Referenciais e Dispositivos em Análise. *Psicologia ciência e profissão*, 27 (4), 648-663.
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. Sueli Carneiro; Pólen.
- Albuquerque, M. R. T. C., Botelho, N. M., & Rodrigues, C. C. P. (2019). Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. *Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*, v. 14, n. 41, 1-11. [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1758](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1758)
- Almeida, G. (2009). Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 301-311.
- Almenda, J. C. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora revista internacional de ética y política*, núm. 7, p. 119-137.
- Alvares, J. et. al. (2022). Saúde mental de pessoas transgênero: revisão integrativa de literatura. *Psi Unisc*, 6(2), 139-157. <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v6i2.17227>
- Andrade, J., Ignácio, M. A. O., Freitas, A. P. F., Parada, C. M. G. L., & Duarte, M. T. C. (2020). *Ciênc. saúde coletiva*, 25 (10), 3809-38-19. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.03522019>
- Associação Nacional de Travestis e Transexuais. (2025). ANTRA cobra do Ministério da Saúde Política de Saúde para a População Trans. <https://antrabrasil.org/2025/04/08/antra-cobra-saude-populacao-trans/>

- Araújo, L. M. et. al. (2019). O cuidado às mulheres lésbicas no campo da saúde sexual e reprodutiva. *Rev enferm UERJ*, 27, p. 1-7. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.34262>
- Ávila, S. N., Pfeil, J. N., & Frank, T. (2019). *Demandas de saúde de homens trans: aportes para elaboração de políticas públicas*. In: Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
http://www.saudecoletiva.org.br/programacao/exibe_trabalho.php?id_trabalho=26184&id_atividade=3068&tipo=#topo
- Baére, F. (2019). A mortífera normatividade: o silenciamento das dissidências sexuais e de gênero suicidadas. *REBEH*, v. 2, n. 1, pp. 128-140.
<https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/225>
- Baére, F. (2018). *O gênero no comportamento suicida: o sofrimento psíquico em dissidências sexuais*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília].
<http://www.realp.unb.br/jspui/handle/10482/34145>
- Bagagli, B. P. (2016). Poder psiquiátrico e transgeneridade: em torno da verdade diagnóstica. In: S. Messeder, M. G., Castro, & L. Moutinho. (Orgs.). *Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero*. (pp. 235-248). EDUFBA. <https://doi.org/10.7476/9788523218669.0013>.
- Baggaley, R. F., White, R. G., & Boily, M. C. (2010). HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int. J. Epidemiol.* 39(4), 1048-63. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20406794/>
- Barbosa, R. M., Facchini, R. (2009). Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro, Cad.

Saúde Pública, 25, pp. 291-300.

<https://www.scielo.br/j/csp/a/rQght8tkNqgQ3DJjNSwtmdp/?format=pdf&lang=pt>

- Barreto, A., Araújo, L., & Pereira, M. E. (Org.). (2009). Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais – livro de conteúdo. CEPESC; SPM.
- http://estatico.cnpq.br/portal/premios/2014/ig/pdf/genero_diversidade_escola_2009.pdf
- Barros, J. P. P., Benício, L. F. S., Bicalho, P. P. (2019). Violências no Brasil: que Problemas e Desafios se Colocam à Psicologia? *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 39, 33-44.
- Belarmino, V. H., Dimenstein, M. & Leite, J. F. (2022). Cidade, sociabilidade gay e afeminação: uma experiência interseccional. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, v. 13, n. 2, p. 100-120.
- Benevides, B. & Aguiar, M. E. (2019). LGBTfobia estrutural: a violência e o assassinato consentido pelo não reconhecimento da cidadania da população LGBTI+. In Benevides, B. G. & Nogueira, S. N. B. (Org.). *Dossiê sobre assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018*. Brasília: Associação Nacional de Travestis e Transexuais. <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2019/01/dossie-dos-assassinatose-violencia-contrapessoas-trans-em-2018.pdf>.
- Bento, A. (2002). *Branqueamento e branquitude no brasil*. In: Psicologia social do racismo – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil / Iray Carone, Maria Aparecida Silva Bento (Orgs.). Petrópolis, RJ: Vozes, p. (25-58).
- Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.

- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2655-2664. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000015>
- Bento, B. (2017). *Transviadas: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Bento, B. (2018). Necrobiopoder: quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, v. 53. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8653413>
- Bento, B. (2021). O belo, o feio e o abjeto nos corpos femininos. *Revista Sociedade e Estado*, Volume 36, Número 1, p. 157-172.
- Berbel, D. B., & Rigolin, C. C. D. (2011). Educação e promoção da saúde no Brasil através de Campanhas públicas. *Revista Brasileira de Ciência, Tecnologia e Sociedade*; 1(2):25-38. <https://www.revistabrasileiradects.ufscar.br/index.php/cts/article/view/124>
- Bicalho, P. P. G. A Ética em Jogo no Campo Surpreendente da Pesquisa. *Rev. Polis e Psique*; 20 ANOS DO PPGPSI/UFRGS, 20 – 35.
- Biroli, F., Machado, M. D. C., & Vaggione, J. M. (2020). *Gênero, neoconservadorismo e democracia: Disputas e retrocessos na América Latina*. Boitempo.
- Bittencourt, D. D., & Bittencourt, F. D. (2020). Citologia oncótica cervicovaginal na população lésbica e transgêneros. *Femina*, 48(8), 504-508. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118621/femina-2020-488-504-508.pdf>
- Boldrin, V. C. et al. (2025). Avanços e desafios no processo transexualizador no Sistema Único de Saúde brasileiro. *Ciênc. saúde coletiva*, 30 (1), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.10912023>

Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Artmed.

Brasil. (1990). *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Brasil. (1990). *Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990*.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm.

Brasil. (2001). *Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001*.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Brasil. (2008). *Portaria n° 457, de 19 de agosto de 2008*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html

Brasil. (2009). *Portaria n. 2803, de 19 de novembro de 2013*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXO1ANEXOXXI

Brasil. (2011). *Decreto 5.708, de 28 de junho de 2011*.

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Brasil. (2011). *Portaria n. 2836, de 1 de dezembro de 2011*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html

Brasil. (2017). *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. (2017). *Resolução n° 26, de 28 de setembro de 2017*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0026_27_10_2017.html

Brasil. (2018). *Provimento n. 73 de 28 de junho de 2018*.

<https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/2623>.

Brasil. (2020). *Portaria n° 397, de 16 de março de 2020*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html

Braz, C. (2017). Transmasculinidades, temporalidades: antropologia do tempo, da espera e do

acesso à saúde a partir de narrativas de homens trans. *Seminário Internacional*

Fazendo Gênero 11 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, p. 1-12.

https://www.en.www2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499433889_ARQUIVO_Braz,Camilo-TRANSMASCULINIDADES,TEMPORALIDADES.pdf

Broilo, R., Jesus, J. G. (2022). Acesso E Permanência De Pessoas Trans E Travestis Ao

Sistema Único De Saúde: Uma Revisão Integrativa. *Cad. Gênero e diversidade*, v. 8,

n. 2, p. 94-125.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro:

Ed. Civilização brasileira.

Butler, J. (2015). *Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto?* Civilização brasileira.

Butler, J. (2018). Os atos performativos e a constituição do gênero: um ensaio sobre

fenomenologia e teoria feminista. *Caderno de Leituras*, n. 78.

Campos, L., & Wendhausen, A. (2007). Participação em saúde: concepções e

práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de Saúde da

Família. *Texto Contexto Enfermagem*, v.16, n. 2, p. 271-279.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072007000200009>.

Carlos, E., Pereira, M. M., & Rodrigues, C. (2025). Desmonte de políticas públicas no

governo Bolsonaro: políticas para mulheres, de igualdade racial e para LGBTQIA+

em perspectiva comparada. *Lua Nova*, n. 124, p. 1-44. <https://doi.org/10.1590/0102-044ec/124>

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. (2011). *Ministério da Saúde*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf

Carvalho, M. F. L. & Menezes, M. S. (2021). *Violência e saúde na vida de pessoas LGBTI*.

Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Carvalho, P. M. G., Nóbrega, B. S. M., Rodrigues, J. L., Almeida, R. O., Abdalla, F. T. M. &

Nichiata, L. Y. I. (2013). Prevención de enfermedades de transmisión sexual por mujeres homosexuales y bisexuales: estudio descriptivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(4), 931-941.

http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4177/html_37

Cavalcanti, C. (2016). *Sobre Nós (des)organizados: Pesquisa-intervenção em psicologia e o processo de implementação de políticas para pessoas trans* na UFPE*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Pós-Graduação em Psicologia. Recife.

<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/26609/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20C%C3%A9u%20Silva%20Cavalcanti.pdf>

Cazeiro, F. (2020). Saúde da população LGBT para além do HIV/aids e processo

transexualizador no SUS. *Rebeh*, v. 3, n. 11, p. 19-45. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2020.11.11256>

Cazeiro, F. et. al. (2022). Processo transexualizador no SUS: questões para a psicologia a partir de itinerários terapêuticos e despatologização. *Psicol. Estud.*, v. 27, pp. 1-18.

<https://doi.org/10.4025/psicolestud.v27i0.48503>

Ceará. (2016). *Lei n. 16.025, de 30 de maio de 2016.*

<https://bela.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/educacao/item/4019-lei-n-16-025-de-30-05-16-d-o-01-06-16>

Coimbra, C. *Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do "Milagre"*. Rio de Janeiro: Oficina do autor, 1995.

Collins, P. H.; Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. Tradução Rane Souza. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo.

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. (2015). *Violências contra pessoas LGBTI nas Américas*. <http://www.oas.org/pt/cidh/docs/pdf/violenciapessoaslgbti.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2018). *Resolução nº 1, de 29 de Janeiro de 2018. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução CFP nº 001/99 de 22 de março de 1999. Estabelece normas de atuação para os psicólogos em relação à questão da Orientação Sexual*. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans*. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/09/Nota-t%C3%A9cnica-processo-Trans.pdf>

Conselho Federal de Psicologia. (2023). *Referências técnicas para atuação de psicólogas, psicólogos e psicólogues em políticas públicas para população LGBTQIA+*.

https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2023/06/RT_LGBT_crepop_Web.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2025). *Nota Técnica sobre a Atuação de Profissionais de Psicologia no Atendimento às Pessoas Trans, Travestis e Não Binárias*.

<https://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-cfp-no-11-2025/>

Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas LGBTQIA+. (2024). *Nota Pública - Portaria nº*

1.693/2024 da SAES/MS. [https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-](https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-portaria-n-1693-2024-da-saes-)

[portaria-n-1693-2024-da-saes-](https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-portaria-n-1693-2024-da-saes-)

[ms#:~:text=A%20Portaria%20SAES%2FMS%20n%C2%BA,cisnormativos%20de%2](https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-portaria-n-1693-2024-da-saes-)

[0homem%20e%20mulher.](https://www.gov.br/participamaisbrasil/nota-publica-portaria-n-1693-2024-da-saes-)

Costa, A. F. (2021). *Escrevivências coletivas: práticas de re-existências e trajetórias de vida de jovens negros(as) em periferias de Fortaleza*. [Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Ceará.

<https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/62077>.

Costa, A. F. et. al. (2021). Decolonizando a investigação com jovens em territorialidades periferizadas: pesquisa-inter(in)venção e a produção de políticas de re-existências. In: J. P. P. Barros, J. S. Rodrigues, & L. F. Benício. (Orgs.) *Violências, desigualdades e (re)existências: cartografias psicossociais* (pp. 273-295). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.

- Costa, E. A. G. A., & Barros, J. P. P. (2020). Intergeracionalidades em análise: (re)composições ético-estético-políticas em pesquisas-inter(in)venções com crianças e adultos. *Desidades*, n. 28, 127-139. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/desi/n28/n28a10.pdf>
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Brasília.
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Correa, E. H. A. et. al. (2025). 10 anos de (r)existência da Política Nacional de Saúde Integral LGBT: revisão integrativa. *Cien Saude Coletiva*, 30, 1-14.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.05982023>
- Correia, O. G. (1997). *Taba dos Anacés*. Fortaleza: Oficina das letras.
- Cossetin, A. (2010). *Controle Social na Estratégia de Saúde da Família: avaliação participativa das ações em Saúde Mental*. [Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. Repositório Digital da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/28042>
- Costa, A. F., Lima, A. A. S., & Bertini, L. M. (2025). Entrevistas narrativas e experimentações de pesquisas: escuta de experiências de vidas subalternizadas. In Barros, J. P. P. et al. (Orgs.) (2025). *Políticas e ferramentas de pesquisa em Psicologia: experimentações e deslocamentos*. (1 ed., pp. 286-307). Expressão Gráfica e Editora.
- Costa-Val, A. et. al. (2022). O cuidado da população LGBT na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 2, p. 1-21.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320207>
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feministas*, ano 10, p. 171-188.

Recuperado de:

<https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>

Crenshaw, K. (2004). A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA.

Cruzamento: raça e gênero. Brasília: Unifem.

<https://static.tumblr.com/7symefv/V6vmj45f5/kimberle-crenshaw.pdf>.

Cunha, G. T., & Campos, G. W. S. (2011). Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde.

Saúde e Sociedade, 20, (4), pp. 961-970. [https://doi.org/10.1590/S0104-](https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013)

[12902011000400013](https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400013)

Curmi, C., Peters, K., & Salamonson, Y. (2015). Barriers to cervical cancer screening

experienced by lesbian women: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 25(23-24), 3643-51.

doi: 10.1111/jocn.12947

Dal Santo, A., & Zambenedetti, G. (2021). Prevenção às ISTs/HIV entre mulheres lésbicas e

bissexuais: uma revisão bibliográfica (2013-2017). *Psi Unisc*, v. 5, n, 1, 111-126.

<https://doi.org/10.17058/psiunisc.v5i1.14846>

Duarte, M. J. O. (2020). *Vidas precárias e LGBTQIFOBIA no contexto da pandemia: a*

necropolítica das sexualidades dissidentes. [https://www.apesjf.org.br/wp-](https://www.apesjf.org.br/wp-content/uploads/LGBT_Convid_19_APES-1.pdf)

[content/uploads/LGBT_Convid_19_APES-1.pdf](https://www.apesjf.org.br/wp-content/uploads/LGBT_Convid_19_APES-1.pdf)

Duque, T. (2020). A epistemologia da passabilidade: dez notas analíticas sobre experiências

de (in)visibilidade trans. *Hist. R.*, v. 25, n. 3, p. 32–50.

Escorel, S. (1999). *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio

de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

- Escorel, S. Equidade em saúde. (2008). In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. (pp. 202-210). Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio.
- <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>
- Facchini R. (2005) Sopa de letrinhas? Rio de Janeiro: Garamond.
- Facchini, R. (2009). Entre compassos e descompassos: um olhar para o “campo” e para a “arena” do movimento LGBT brasileiro. *Revista Bagoas*, n. 04. Natal: UFRN.
- Ferreira, B. O., & Nascimento, M. (2022). A construção de políticas de saúde para as populações LGBT no Brasil: perspectivas históricas e desafios contemporâneos. *Ciênc. saúde coletiva*, 27 (10), pp. 3825-3834. <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06422022>
- Ferreira, B. O., Pedrosa, J. I. S. & Nascimento, E. F. (2018). Diversidade de gênero e acesso ao sistema único de saúde. *Revista brasileira em promoção de saúde*, Fortaleza, 31(1): 1-10.
- Ferreira, L., Barbosa, J. S. A., & Esposti, E. D. D. (2019). Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate*, 43 (120), 223-239. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912017>
- Freire, N., Haddad, F., & Ribeiro, M. (2007). Construindo uma política de educação em gênero e diversidade. In: Pereira, M. E. et al. (Org.). *Gênero e diversidade na escola: formação de professoras/es em gênero, sexualidade, orientação sexual e relações étnico-raciais* (15-16). CEPESC. <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2007/gde-2007.pdf>
- Fuchs, J. J. B., Hining, A. P. S., Toneli, M. J. F. Psicologia e cisnormatividade. *Psicologia e sociedade*, v. 33, p. 1-16, 2020.

- Galzerano, L. S. (2021). A ofensiva antigênero na sociedade brasileira. *Trabalho necessário*, v. 19, n. 38, p. 82-104.
- Goffman E. (1982). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. LTC.
- Gomes, S. M. et. al. (2018). O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saude soc.*, 27 (4), p. 1120 - 1133, 2018.
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/GS8FXSvb3ZvvGvGKqkCXJS/abstract/?lang=pt>
- Gonçalves, G. et. al. (2013). Um Momento Dedicado à Espera e à Promoção da Saúde. *Psicologia: ciência e profissão*, 33 (4), 1000-1013.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/8VxQhjsptsybdWjrnHHTL/?format=pdf&lang=pt>.
- Granjeiro, A., Castanheira, E. R., & Battistella Nemes, M. I. (2015). A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. v. 19, n. 52, p. 5-8.
<https://www.scielo.br/j/icse/a/k6ZmQqMcsjKQSptWwkb7Zvm/>.
- Grisa, C., & Niederle, P. A. (2021). Paradigms, institutional changes and policy dismantling in the Mercosur specialized meeting of family farming. *Lua Nova*, n. 112, p. 251-282.
- Grosse, A., Grosse, C., Lenggenhager, D., Bode, B., Camenisch, U., & Bode, P. (2017). Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. *Cytopathology*, 28(3), 184-91. doi: 10.1111/cyt.12417
- Grupo Gay da Bahia (2024). *Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023*. Acontece, ANTRA, ABGLT.

- Guimarães, N. P. et. al. (2020). Avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral à população LGBT em um município da região Sudeste do Brasil. *RECIIS*, 14(2). <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1712>
- Guimarães, R. C. P., Lorenzo, C. F. G. & Mendonça, A. V. M. (2020). Patologização e invisibilidade: reconhecimento das demandas e acolhimento da população LGBT na atenção básica. *Tempus, actas de saúde colet*, 14(2), 137-153.
- Gurgel, L. L.; Barros, J. P. P. (2022). Estudos sobre Gênero na Psicologia Social: uma aposta ética e política nas epistemologias decoloniais. In: Flávia Lemos et al. (Org.). *O dispositivo gênero-sexualidade-racismos e a educação libertária: ensaios analíticos de psicologia social*. (pp.99-110). 1ed.Curitiba: CRV.
- Gurgel, L. (2019). *Pais gays e mães lésbicas de filhos e filhas por adoção: cartografando experiências*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Pós-Graduação em Psicologia Social, Rio de Janeiro, RJ.
- Harding, S. (1987). *Is there a feminist a method? Feminism and Methodology*, Bloomington / Indianapolis, Indiana University Press.
- Hernández, J. G., Júnior, A. L. S., Carrara, S., Baldanzi, A. C. O. & Uziel, A. P. (2022). Saúde de travestis e pessoas trans no Rio de Janeiro e Região Metropolitana: estratégias e condições de acesso. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, n. 38, p. 1-23. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22301.a>

Hirdes, A., & Scarparo, H. B. K. (2015). O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 20 (2), pp. 383-393.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232015202.12642013>

hooks, b. (2013). *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. Editora WMF Martins Fontes.

Instituto Brasileiro de Transmasculinidades. (2025). *Cuidando com Respeito: Gestão de homens Trans e Transmasculines*. https://drive.google.com/file/d/1ufKLJa9x-jk8hFfTnLKrjHfkS8cJ-WPa/view?fbclid=PAZXh0bgNhZW0CMTEAAafMT-SDmV_bbndGRWpBC_hsyDdtL8bM3JsMjdAqvb2W02ubGKVG6wj3hAlldg_aem_2wEFAo3rnyNwkd7-YSmIA

Instituto de pesquisa econômica aplicada e Fórum brasileiro de segurança pública (Org.). (2021). *Atlas da violência 2021*. Rio de Janeiro: Ipea.

Jesus, J. G. (2014). Gênero sem essencialismo: feminismo transgênero como crítica do sexo. *Universitas humanística*, 78, pp. 241-257.

Jesus, J. G. (2012). *Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião*. Brasília.

Kilomba, G. (2010). *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Cobogó.

Kruger, A., Sperandei, S., Bermurdez, X. P. C. D., & Merchan-Hamann, E. (2019). Características do uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. *Rev. bras. Epidemiologia*, v. 22, pp. 1-13. 10.1590/1980-549720190004.supl.1

- Lima, N. T., Fonseca, C. M. M., Hochman, G. (2005). A saúde na constituição do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: Lima, N. T. (Orgs.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Lionço, T. (2008). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17, n. 2, p. 11-21. <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/03.pdf>
- Lionço, T. et. al. (2018). “Ideologia de gênero”: estratégia argumentativa que forja cientificidade para o fundamentalismo religioso. *Psicologia Política*, v. 18, n. 43, p. 599-621.
- Lopes, R. et. al. (2023). Avaliação do acesso ao acolhimento à população LGBTQIA+ por parte dos profissionais de saúde de um Centro Municipal de Saúde no Rio de Janeiro. *Saúde em debate*, 47 (esp.), 1-12. <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E19045P>
- Loria, G. B. et. al. (2019). Saúde da população LGBT+ no contexto da atenção primária em saúde: relato de oficina realizada no internato integrado de Medicina de Família e comunidade/Saúde Mental em uma universidade pública. *Rev Bras Med Fam Comunidade.*, 14(41), P. 1-11, 2019. <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1807>
- Lugones, M. (2014). Rumo a um feminismo descolonial. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 22(3), pp. 935-952.
- Marrazzo, J. M., & Stine, K. (2004). Reproductive health history of lesbians: implications for care. *Am J Obstet Gynecol.* 190(5):1298-304. doi: 10.1016/j.ajog.2003.12.001

- Marinho, A. R. (2019). Entre a Problematização da Ética e a Ética da Problematização. *Rev. Polis e Psique*; 20 anos do PPGPSI/UFRGS, 4 – 19.
- Marques, M. C. D., Mattos, A. R. (2020). Políticas públicas de saúde da mulher e o dispositivo de heterossexualidade: silenciamento e apagamento da diversidade sexual das mulheres. *Rebeh*, v, 3, n. 11, pp. 62-88.
- Matta, G. C. (2008). In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. (pp. 465-469). Rio de Janeiro: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio. <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>
- Mbembe, A. (2017). *Políticas de Inimizade*. Portugal: Antígona.
- Mello, L.; & Maroja, D. (2012). Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil? *Sociedade e Estado*, 27(2), 289-312.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339930934005>
- Ministério da Saúde. (2007). *Carta dos direitos dos usuários da saúde*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_direito_usuarios_2ed2007.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Humanização*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
- Ministério de Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de Atenção Básica - Saúde Sexual e Reprodutiva*.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf.

Ministério da Saúde. 2006. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*.

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>.

Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Educação Popular em Saúde*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html.

Ministério da Saúde. (2022). Instrutivo Técnico da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_tecnico_raps_sus.pdf.

Ministério da Saúde. (2017). Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2017/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf/view.

Ministério da Saúde. (2018). Agenda Estratégica para Ampliação do Acesso e Cuidado Integral das Populações-Chave em HIV, Hepatites Virais e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_estrategica_ampliacao_cuidado_integral_populacoes_chave.pdf

Ministério da Saúde. (2024). Guia para implementação da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

Oral à infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde. <https://www.gov.br/aids/pt-br>

[br/assuntos/prevencao-combinada/prep-profilaxia-pre-exposicao/arquivos/guia-prep-na-aps-versao-preliminar.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2023/prt0841_04_10_2023.html).

Ministério da Saúde. (2023). *Portaria nº 841, de 3 de outubro de 2023*.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/Saes/2023/prt0841_04_10_2023.html.

Ministério da Saúde. (2024). *Ministério da Saúde apresenta o Programa de Atenção à Saúde da População Trans*. [https://www.gov.br/saude/pt-](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-apresenta-o-programa-de-atencao-a-saude-da-populacao-trans)

[br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-apresenta-o-programa-de-atencao-a-saude-da-populacao-trans](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/dezembro/ministerio-da-saude-apresenta-o-programa-de-atencao-a-saude-da-populacao-trans).

Ministério da Saúde. (2024). *Apresentação - Programa de Atenção Especializada à Saúde da População Trans (PAESPopTrans)*. [https://www.gov.br/saude/pt-br/](https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view)

[informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2024/janeiro/paespoptrans/view)

Miskolci, R. et. al. (2022). Desafios da saúde da população LGBTI+ no Brasil: uma análise do cenário por triangulação de métodos. *Ciênc. saúde coletiva*, 27 (10), 3815-38-24.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.06602022>

Mombaça, J. (2017). *Rumo a uma redistribuição desobediente de gênero e anticolonial da violência*. <http://imgs.fbsp.org.br/files/62cc76f73d2d77003436339c56954187.pdf>

Mombaça, J. (2017) O mundo é meu trauma. *PISEAGRAMA*, Belo Horizonte, n. 11, p. 20-25, nov. 2017.

Moroni, A. 2006. *Direito à Participação no Governo Lula*.

https://icsw.org/images/docs/Events/2006_Brazil/19_07_PDF/jose_antonio_moroni.pdf

- Mountian, I. (2017). Reflexões sobre metodologias críticas em pesquisa: interseccionalidade, reflexividade e situacionalidade. *Psicologia Política*. vol. 17. nº 40. pp. 454-469.
- Muranda, T., Mugo, K., & Antonites, C. (2014). HIV is not for me: A study of African women who have sex with women's perceptions of HIV/AIDS and sexual health. *African Human Rights Law Journal*, 14(2), 757-786.
http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-20962014000200021&lng=en&tlng=en
- Nagafuchi, T. A urgência do debate sobre o suicídio das pessoas LGBTQIA+: experiência e subjetividade. *REBEH*, v. 2, n. 1, 103-127.
<https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/229/162>.
- Nardi, H. C., Rios, R. R., & Machado, P. S. (2012). Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. *Athenea Digital*, vol. 12, n. 3, 255-266.
<https://atheneadigital.net/article/view/v12-n3-nardi-raupp-machado/1111-pdf-pt>
- Nascimento, L. (2021). *Transfeminismo*. Feminismos Plurais. Coordenação: Djamila Ribeiro. São Paulo: Jandaíra.
- Narvaz, M. G.; Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654.
- Navarro, P. P. (2017). Cisheteronormatividade y orden público. In: Oliveira, J. M., & Amancio, L. Géneros e sexualidades: interseções e tangentes (89-113).. CIS-IUL.
- Nemoto T. et. al. (2004). Social context of HIV risk behaviours among male-to-female transgenders of colour. *AIDS Care*, 16(6):724-735. 10.1080/09540120413331269567.

- Nexo Jornal. (2022). *Políticas para LGBTI+ no governo federal: ascensão e queda*.
<https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2022/Pol%C3%ADticas-para-LGBTI-no-governo-federal-ascens%C3%A3o-e-queda>
- Nogueira, F. J. S., Leitão, E. F. F. & Silva, E. C. S. (2021). Interseccionalidades na Experiência de Pessoas Trans nos Serviços de Saúde. *Psicologia e Saúde*, 13 (3), p. 35-49. <http://dx.doi.org/pssa.v13i3.1243>.
- Noronha, D. P., & Viviani, M. C. S. (2023). Conservadorismo, discursos antigênero e disputas narrativas em torno das artes no Brasil. *Revista Tomo*, 42, e18801.
<https://doi.org/10.21669/tomo.v42i.1880>.
- Observatório de mortes e violências LGBTI+ no Brasil. (2022) *Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2021*. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT.
- Observatório de mortes e violências LGBTI+ no Brasil. (2023) *Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2022*. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT.
- Observatório de mortes e violências LGBTI+ no Brasil. (2024) *Mortes e violências contra LGBTI+ no Brasil: Dossiê 2023*. Florianópolis, SC: Acontece, ANTRA, ABGLT.
- Oliveira, J. M. (2017). Trânsitos de gênero: leituras queer/trans* da potência do rizoma gênero. In Oliveira, J. E. & Amâncio, L. *Gêneros e sexualidades: intersecções e tangentes* (pp. 115-138). Lisboa: Centro de investigação e de invenção social (CIS IUL).
- Oliveira, J. M. (2013). Cidadania sexual sob suspeita: uma meditação sobre as fundações homonormativas e neoliberais de uma cidadania de “consolação”. *Psicologia & Sociedade*, v. 25, n. 1, p. 68-78.

Organização Mundial da Saúde (2005). Mental Health Policy and Service Guidance Package, Mental Health Policy and Service Development Team. *Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva: WHO.

Paim, J. S. (1982). Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: NUTES/CLATES/ABRASCO. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Abrasco.

Paiva, A. T. et. al. (2023). Atuação de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde LGBTQ+. *Rev Bras Enferm*, v. 76, n. 04, pp. 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0514pt>

Paranhos, W. R., Willerding, I. A. V., & Lapolli, E. M. (2021). Formação dos profissionais de saúde para o atendimento de LGBTQI+. *Interface*, v. 25, pp. 1-14. <https://doi.org/10.1590/interface.200684>

Parker, R. (2019). Estigmas do HIV/aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 13(3): 618-33.

Parker, R. & Aggleton, P. (2002). HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action. *Horizons Program*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12753813/>

Paulino, D. B., Rasera, E. F., & Teixeira, F. B. (2019). Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. *Interface*, v. 23, e180279. <https://doi.org/10.1590/Interface.180279>

- Paulon, S. M. & Romagnoli, R. C. (2010). Pesquisa-Intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estudos e pesquisas em psicologia: 10*(1), pp. 85-102.
- Paulon, S. M. (2005). A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*, 17 (3), 18-25.
- Paveltchuk, F. O., Borsa, J. C., & Damásio, B.F. (2020). Apoio Social, Resiliência, Estresse de Minorias e Saúde Mental de Mulheres Lésbicas e Bissexuais. *Psico-USF*, 25 (3) , pp. 403 – 414. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250301>
- Peçanha, L. M. B. (2021). Visibilidade trans - conquistas e desafios políticos. https://portal.sescsp.org.br/online/artigo/compartilhar/15073_VISIBILIDADE+TRAN S+CONQUISTAS+E+DESAFIOS+POLITICOS
- Peçanha, L. M. B., Monteiro, A. A., & Jesus, J. G. Transfeminismo das transmasculinidades: Diálogos sobre direitos sexuais e reprodutivos de homens trans brasileiros. (2023). *Revista Brasileira De Estudos Da Homocultura*, 6(19), 90-104. <https://doi.org/10.31560/2595-3206.2023.19.15787>
- Pereira, C. F., & Santos, E. S. (2016). Participação Social da População LGBT: O Conselho Nacional de Combate à Discriminação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. *Perspectivas Em Políticas Públicas*, 9(2). <https://revista.uemg.br/revistappp/article/view/1591>
- Porto, R. K. D., Silva, M. A. e Gugelmin, S. A. (2021). Narrativas de passabilidade e a segurança para transitar: transmasculinidades e saúde. *ACENO*, 8 (16): 219-230.
- Prado, M. A. M. (2018). *Ambulare*. Belo Horizonte, MG: PPGCOM UFMG.

- Próchno, C. C. S. C. & Rocha, R. M. G. (2011). O jogo do nome nas subjetividades travestis. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 254-261.
- Puckett, J. A. et. al. (2017). Differences across contexts: Minority stress and interpersonal relationships for lesbian, gay, and bisexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 41(1), 8-19. 10.1177/0361684316655964
- Rede Feminista de Saúde. (2006). *Dossiê - Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*.
https://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf
- Redtransex. (2013). *Estudio sobre Estigma y Discriminación en el acceso a los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Carib*.
<https://biblioteca.redtrasex.org/handle/123456789/78>
- Resolução nº 175, de 14 de maio de 2013. (2013). Dispõe sobre a habilitação, celebração de casamento civil, ou de conversão de união estável em casamento, entre pessoas de mesmo sexo. Brasília, DF. <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=2504>
- Revista Híbrida. (2019). *7 pontos para entender a criminalização da LGBTQIAfobia pelo STF*.
<https://revistahibrida.com.br/2019/05/23/7-pontos-para-entender-a-criminalizacao-da-LGBTQIAfobia-pelo-stf/>
- Rich, A. (2010). “Heterossexualidade compulsória e a existência lésbica” - Tradução a partir do original: Rich, A. (1993). “Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence.” In: Gelp, B. C., Gelp, A. (editores). *Adrienne Rich's Poetry and Prose*. New York/London: W.W. Norton & Company.

- Rocha, F. L., Hara, C., & Paprocki, J. (2015). Doença mental e estigma. *Rev Med Minas Gerais*, 25(4): 590-596. DOI: 10.5935/2238-3182.20150127
- Rocha, M. L., Aguiar, K. F. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 4, p. 64-73.
- Rocon, P. C. et. al. (2016). Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8):2517-2525.
- Rocón, P. C., Sodré, F., & Rodrigues, A. (2016). Regulamentação da vida no processo transexualizador brasileiro: uma análise sobre a política pública. *Rev. Katálysis*, v. 19, n. 2, pp. 260-269. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00200011>
- Rodrigues, H. B. C. (1993). *As subjetividades em revolta. Institucionalismo francês e novas análises*. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Rodrigues, J. S.; Assis, P. M.; Leonardo, C. S. (2020). O dispositivo grupal como estratégia de apoio psicossocial e resistências: inter(in)venções com mulheres e mães de jovens assassinados ou encarcerados. In: J. P. P. Barros, J. S. Rodrigues, & L. F. S. Benício. *Violências, desigualdades e (re)existências: cartografias psicossociais* (pp. 361-380). Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora.
- Romano, V. F. (2008). As Travestis no Programa Saúde da Família da Lapa. *Saúde Soc*, 17(2):211-219.
- Rossi, A., Passos, E. (2014). Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-interv  o no brasil. *Revista EPOS*; Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, n  1, pp. 156-181.

- Rufino, A. C., & Madeiro, A. P. (2017). Práticas Educativas em Saúde: Integrando Sexualidade e Gênero na Graduação em Medicina. *Rev. Bras .educ. med.*, v. 41, n.1, p.170- 178. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160020>
- Rufino, A. C., Madeiro, A. P., & Girão, M. J. C. C. (2013). O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Ver Bras Educ Med*, 37(2):178-185. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022013000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
- Sade, C., Barros, L. M. R., Melo, J. J. M., Passos, E. (2013). O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10): 2813-2824.
- Santos, G. B. S. (2017). *Elaboração de um componente curricular sobre atenção à saúde da população LGBT em um Curso de Graduação em Medicina* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte].
https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/24326/1/GiordanoBrunoSouzaDosSantos_DISSERT.pdf
- Sartor, A. G., Jesus, J. G. (2022). Diferença e diversidade: Perspectivas transfeministas na compreensão da categoria “gênero”. *Brazilian Journal of Development*, v.8, n.2, pp. 12778-12785.
- Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Ceará. (2023). *Nota técnica: cuidado e acolhimento à população LGBT+ na Atenção Primária à Saúde (APS)*.
https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/Nota_Tecnica_Cuidado_e_Acolhimento_a_Populacao_LGBT_na_atencao_primaria_a_saude_APS.pdf.pdf.

- Sena, A. G. N., & Souto, K. M. B. (2017). Avanços e desafios na implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT. *Tempus – Actas De Saúde Coletiva*, 11(1), Pág. 09–28. <https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.1923>
- Silva, A. L. R., Finkler, M. & Moretti-Pires, R. O. (2019). Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trabalho, educação e saúde*, 17(2), 1-20.
- Silva, D. B., Barros, J. P. P., Nunes, L. F., Benício, L. F. S. (2022). “EntreColetivos”: Arte, Cidade e Política como Estratégia de Enfrentamento à Necropolítica Genderizada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 22, p. 1622-1642.
- Silva, J. M. N., Paulino, D. B., & Raimondi, G. A. (2020). Gênero e Sexualidade na Graduação em Saúde Coletiva do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 25 (6), 2335-2346. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25822018>
- Silva, J. P. de S. et. al. (2020). Educação em saúde na sala de espera: relato de experiência. *Brazilian Journal of Development*, 6(1), 1057–1066. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-074>.
- Silva, L. C. (2019). *Preparades na APS: conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da atenção primária à saúde de porto alegre sobre a profilaxia pré-exposição ao HIV (PREP)*. [Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <http://hdl.handle.net/10183/202322>
- Silva, L. K. M., Silva, A. L. M. A., Coelho, A. A. & Martiniano, C. S. (2017). Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [3]: 835-846.

- Silva, A. T. C., Rosa, C. A. P. & Gagliotti, D. A. M. (2021). LGBTQIA+fobia institucional na área da saúde. In Ciasca, S. V., Hercowits, A., Lopes Junior, A. (2021). *Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar*. Santana de Parnaíba: Manole.
- Sindicato nacional dos docentes das instituições de Ensino Superior. (2020). *Governo desmonta programa brasileiro referência internacional no combate ao HIV/Aids*.
<https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/governo-desmonta-programa-brasileiro-referencia-internacional-no-combate-ao-hiv-aids1>
- Spivak, G. C. (2010). *Pode o subalterno falar?* Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Sousa, E. B. & Figueiredo, A. (2022). “Branca É Lésbica E Preta É Sapatonas Oh O Erro?!”: Um Estudo Sobre Mulheres Negras Lésbicas E Sapatonas Em Um Bairro De Salvador/BA. *Cadernos de gênero e diversidade*, Vol 08, N. 04, p. 6-27.
- Tagliamento, G. et. al. (2020). Minha dor vem de você: Uma análise das consequências da LGBTQfobia na saúde mental de pessoas LGBTQs. *Cadernos de gênero e diversidade*, Vol. 06, N. 03, p. 78 – 112. <https://portalseer.ufba.br/index.php/cadgendiv>
- Tedesco, S. H., Sade, C., Caliman, L. V. (2013). A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. *Fractal Revista de Psicologia*, 25 (2), 299-322. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/fractal/a/ZHyYWDpHhdfFg4RK9ggfPpD/?format=pdf&lang=pt>
- Teixeira, T. (2020). Devires dissidentes e corpos indigestos: as existências negras e LGBTQs como respostas ao desejo duplo de destruição da branquitude cisheteronormativa. *Revista do departamento de ciências sociais – puc minas – v. 3, n.1. p. 188-198*.

- Teixeira-Filho F. S., & Rondini, C. A. (2012). Ideações e Tentativas de Suicídio em Adolescentes com Práticas Sexuais Hetero e Homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, v. 21, n.3, p. 651-667.
- The trevor Project. (2019). *The Trevor Project Research Brief: Accepting Adults Reduce Suicide Attempts Among LGBTQ Youth*. https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2019/06/Trevor-Project-Accepting-Adult-Research-Brief_June-2019.pdf.
- Thomazi, G. L., Avila, S., & Teixeira, L. B. (2022). Ambulatório T da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre: política pública de inclusão e garantia de direito à saúde de pessoas trans. *Sex., Salud Soc.*, v. 38, pp. 1-21. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2022.38.e22302.a>
- Valadão, R. C., Gomes, R. (2011). A homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1451-1467.
- Valencia, S., Vieira, H. (2020). *Transfeminismo - Resistências e Violações com Sayak Valencia e Helena Vieira*. <https://www.youtube.com/watch?v=p7lzKfRIPgA>
- Veiga, L. (2021). *Clínica do impossível: linhas de fuga e de cura*. Rio de Janeiro: Telha.
- Vergueiro, V. (2013). *Algo Cheira Mal Nos Trópicos, Ou: Ciscos Em Sapatos Trans**. <http://transfeminismo.com/algo-cheira-mal-nos-tropicicos-parte-i/>
- Vergueiro, V. (2015). *Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Programa Multidisciplinar

de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Salvador. .
<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/19685>.

Vieira, E. S., Pereira, C. A. S. R., & Dutra, C. V. (2019). Psicologia e Políticas de Saúde da População Trans: Encruzilhadas, Disputas e Porosidades. *Psicol., Ciênc. Prof. (Impr.)*, v. 39, n. esp. 3, pp. 161-173. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003228504>

Vieira, H. (2015) “*Toda cisgeneridade é a mesma? Subalternidade nas experiências normativas*”. Portal Geledés. <https://www.geledes.org.br/toda-cisgeneridade-e-amesma-subalternidade-nas-experiencias-normativas/>

Vilasbôas, A. L. Q., & Paim, J. S. (2008). Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. *Cad. Saúde Pública*, 24 (6), 1239-1250.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600005>

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada **Atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária: perspectivas de profissionais e de usuários/as do Sistema Único de Saúde (SUS)**

Objetivos da Pesquisa: Compreender desafios e possibilidades de cuidado relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+ experienciados na atenção básica do SUS, no município de São Gonçalo do Amarante. Além disso, pretende-se analisar como se dão as vivências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS, considerando a interseccionalidade entre orientação sexual, raça e gênero. Compreender experiências de profissionais no atendimento a pessoas LGBTQIA+ na APS do SUS, com foco em suas compreensões sobre necessidades específicas em saúde dessa população e orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes; e entender como usuários LGBTQIA+ e profissionais da APS compreendem a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, identificando desafios e pensando as implicações psicossociais da LGBTQIA+fobia e o enfrentamento desta no SUS.

Benefícios da Pesquisa: Espera-se que esse estudo contribua para a construção de práticas de atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ que não sejam atravessadas por discriminações e estigmatizações, que estejam comprometidas com a atenção integral à saúde de pessoas LGBTQIA+. Também espera-se que mais profissionais sejam capacitados para atuar com pessoas LGBTQIA+, assim como possibilitar maior visibilidade para a temática. Espera-se que a pesquisa possibilite tensionamentos não só para a psicologia, mas para o campo da saúde como um todo. Além disso, é esperado que essa pesquisa contribua para formulações de políticas públicas voltadas para a saúde de pessoas LGBTQIA+ sobretudo frente a intolerância a orientações sexuais e identidades de gênero que fogem à cisheteronormatividade compulsória.

Data e horário: Caso você aceite participar deste estudo, marcaremos um dia e horário para o acontecimento da entrevista e/ou atividade grupal em formato presencial ou online, utilizando a plataforma *meet*, a qual será gravada, caso você autorize. Objetiva-se, nesse espaço, construir uma análise coletiva sobre a atenção à saúde da população LGBTQIA+ na Atenção Primária do SUS, desafios, possibilidades e linhas de cuidado possíveis, assim como sobre o enfrentamento da LGBTQIA+fobia no campo da saúde pública.

Interrupção: Caso haja algum constrangimento ou incômodo durante o acontecimento da entrevista, você será respeitada/o e acolhida/o, podendo decidir sobre sua continuidade na entrevista.

Gravação: Pedimos, desde já, permissão para gravar a chamada do *meet* ou a *entrevista presencial*, para que não seja perdida nenhuma informação. Nessa gravação, não será colocado

seu nome e sim um número. Dessa forma, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Participação livre e voluntária: Você é livre para escolher participar da pesquisa e sua decisão será respeitada sem qualquer prejuízo, assim como pode decidir desistir a qualquer momento e pedir informações sobre esse estudo e seus resultados. Sua participação é voluntária, sendo, assim, isenta de pagamento.

Divulgação dos Resultados: Esse estudo vai produzir informações para a construção de uma tese de doutorado para obtenção do título de Doutora em Psicologia e será apresentada para uma banca de professoras e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que, por ventura, virão a ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas. Não citaremos nomes ou quaisquer fontes que possam identificá-los.

Esclarecimentos sobre a Pesquisa: Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Você receberá, também, uma via original deste termo e a outra via ficará com o pesquisador.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ** – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344 (Horário de funcionamento: 08:00-12:00 de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Você também pode entrar em contato com a **Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS)** – Rua Antônio Augusto, 1571, Meireles (Horário de funcionamento: 7:30 - 17:00 de segunda a sexta-feira).

Você também poderá entrar em contato com os responsáveis da pesquisa, através dos contatos:

Pesquisadora Principal: Livia Lima Gurgel

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. da Universidade, 2762 - Benfica

Telefones para contato: (85) 3366 7722 / 3366 7723

Pesquisador Orientador: João Paulo Pereira Barros

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Av. da Universidade, 2762 - Benfica

Telefones para contato: (85) 3366 7722 / 3366 7723

CONSENTIMENTO:

Eu, _____, _____ anos, com número do RG _____ fui bem informado (a) sobre a pesquisa antes falada e estou bem esclarecido(a) para decidir participar dela, ficando claro de que minha participação é voluntária e confidencial, podendo vir a retirar este consentimento a qualquer momento sem prejuízos. Estou ciente do passo a passo da pesquisa, dos possíveis riscos psicológicos e da garantia de apoio, confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, declaro que concordo em participar de espontânea vontade desse estudo.

Participante

Pesquisadora

Apêndice B - Perguntas sugeridas para entrevista semi-estruturada

Título: Atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária: perspectivas de usuárias/os do Sistema Único de Saúde (SUS)

Dados sociodemográficos:

Como você se identifica com relação a sua Identidade de gênero?

- ☐ Homem cis
- ☐ Homens trans
- ☐ Mulher cis
- ☐ Mulher trans
- ☐ Travesti
- ☐ Queer

Como você se identifica com relação a sua Orientação Sexual?

- ☐ Gay
- ☐ Lésbica
- ☐ Bissexual
- ☐ Pansexual
- ☐ Assexual

Como você se identifica com relação a sua raça/etnia?

- ☐ Branco
- ☐ Pardo
- ☐ Preto
- ☐ Amarelo
- ☐ Indígena

Qual sua idade?

Qual sua escolaridade?

Qual é, aproximadamente, a sua renda familiar mensal?

- (A) Nenhuma renda.
- (B) Até 1 salário mínimo
- (C) De 1 a 3 salários mínimos
- (D) De 3 a 6 salários mínimos
- (E) De 6 a 9 salários
- (F) De 9 a 12 salários mínimos

Você trabalha atualmente?

() SIM () NÃO

Caso sim, com o que você trabalha?

Você já foi atendida/atendido no SUS, na Atenção Primária (Posto de saúde, por exemplo)?
Pode falar um pouco de como costuma ser sua experiência quando precisa buscar atendimento em um posto de saúde do município no qual você mora?

Você já precisou de atendimento de algum profissional que compõe a equipe do NASF (psicólogos, assistente social, nutricionista)? Se sim, pode falar sobre sua experiência?

Quando você é atendido na atenção primária, os profissionais perguntam sobre sua orientação sexual ou identidade de gênero? Caso não, você informa sobre sua orientação sexual?

Como você acha que os profissionais que já te atenderam lidaram com a sua orientação sexual ou identidade de gênero? Como você acha que eles compreendem sua orientação sexual ou identidade de gênero?

Você acha que sua orientação sexual interferiu de alguma forma na forma que você foi atendido? Você pode compartilhar exemplos?

Você considera que o nome social é respeitado nesses espaços?

Você conhece a “Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT)”, instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011?

Você acha que existem demandas de saúde específicas da população LGBTQIA+? Quais seriam essas demandas?

Você acha que os profissionais consideram essas demandas específicas de saúde? Você acha que suas demandas foram atendidas nesses espaços, na sua experiência?

Você se sentiu respeitado enquanto pessoa LGBTQIA+? Você sentiu que houve respeito à cidadania, alguma atitude de inclusão?

Você já vivenciou alguma discriminação relacionada à sua identidade de gênero ou orientação sexual, ao buscar a atenção primária do SUS no seu município?

Como você acha que vivenciar discriminações e exclusões, por conta da identidade de gênero e/ou orientação sexual, produz impacto na sua experiência? E na sua saúde?

Você acha que a homofobia, ou lesbofobia, bifobia e transfobia, podem se articular a outras formas de preconceito, como racismo, machismo, misoginia, e ter impacto na saúde e no adoecimento de pessoas LGBTQIA+? Na sua experiência, isso já aconteceu? Como?

Você conhece demandas específicas de saúde de 1) mulheres lésbicas e bissexuais? E de 2) homens gays e bissexuais? 3) De pessoas trans e travestis?

Você conhece estratégias da prevenção e do cuidado das pessoas em relação ao HIV/Aids?

Você acha que há garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da população LGBT no âmbito do SUS?

Como você acha que a sua saúde mental pode ser afetada por conta de discriminações relacionadas a sua identidade de gênero ou orientação sexual?

Você já buscou atendimento psicológico no SUS em decorrência disso? Caso sim, pode falar dessa experiência?

Você considera que existem desafios quando pensamos em oferecer atenção à saúde da população LGBTQIA+ na APS do SUS?

Você acha que existem ações para evitar a discriminação contra lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos espaços e no atendimento dos serviços públicos de saúde?

Você já foi convidado/a a participar de alguma reunião de Conselhos de Saúde, Conferências de Saúde, ou outro evento, para representar pessoas LGBTQIA+? Conhece alguma pessoa LGBTQIA+ ou coletivo que já participou?

Você já notificou ao sistema de saúde, a algum profissional de saúde, alguma situação de violência que você tenha sofrido?

Como você acha que o acesso de pessoas LGBTQIA+ ao SUS poderia ser ampliado?

O que você acha que poderia melhorar, na atenção que é oferecida à saúde de pessoas LGBTQIA+?

O que precisaria mudar, para que haja melhora na atenção que é ofertada à pessoas LGBTQIA+ na APS?

Como você acha que poderia haver enfrentamento à discriminação por IG e/ou OS na APS do SUS? O que poderia ser feito?

O que você acha que poderia ser feito para que mais pessoas conheçam a Política de Saúde?

Anexo A - Parecer Consubstanciado do CEP

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO A SAÚDE DE PESSOAS LGBTQIA+ NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERSPECTIVAS DE PROFISSIONAIS E DE USUÁRIOS/AS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Pesquisador: Lívia Lima Gurgel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55161821.4.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.281.895

Apresentação do Projeto:

A presente proposta de pesquisa apresenta-se a partir de uma abordagem qualitativa, alinhada com a proposta da pesquisa-intervenção. Em articulação à essa concepção de pesquisa, a utilização da Cartografia como estratégia de Pesquisa Intervenção apresenta-se como valiosa. O método cartográfico não busca revelar realidades que já estariam dadas, que seriam preexistentes. Acredita que a realidade é criada com o ato de conhecer e produzir conhecimento, buscando a investigação da dimensão processual da realidade, sendo sempre pesquisa-intervenção com direção à inclusão e à participação, potencializando saberes que, em outras formas de pesquisa, poderiam ser excluídos. Portanto, isso significa que ao colocar em análise construções de profissionais de saúde sobre orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes e as experiências de pessoas LGBTQIA+ no SUS, procuraremos acompanhar processos construídos cotidianamente, em meio a relações de poder, protagonizados pelos participantes da pesquisa, considerando que esses processos podem ser modificados, transformados, por meio de fissuras que podem ser produzidas apesar da cisheteronorma que atravessa inclusive o campo da saúde. Pretende-se realizar a pesquisa-intervenção com: 1) profissionais da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde do município de São Gonçalo do Amarante-CE, onde atuo como psicóloga de uma equipe NASF-AB, tais como: enfermeiros/as, médicos/as, dentistas e profissionais do NASF-AB. Como referido

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.281.895

anteriormente, enquanto psicóloga do NASF, atuo em seis UBS, nas quais pretende-se realizar entrevistas com os/as profissionais que atuam nesses equipamentos; 2) usuários do SUS, no referido município, que se identifiquem como pessoa LGBTQIA+ e que já tenham sido atendidos em alguma ocasião por profissionais da AB. 3) Outros profissionais que atuam na Atenção Primária do SUS, de outros municípios, que poderão participar do curso ofertado, a ser explícito a seguir. Nesta pesquisa pretende-se utilizar as seguintes ferramentas metodológicas: 1) entrevistas semiestruturadas; 2) observação e conversas no cotidiano com profissionais da AB, com a produção de diários de campo e 3) espaço formativo, de capacitação profissional e sensibilização quanto a temática da

LGBTQIA+fobia, da diversidade de gênero e sexualidade, visando também a problematização das implicações psicossociais da LGBTQIA+fobia e o cuidado ofertado a pessoas LGBTQIA+ na Atenção Primária.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender desafios e possibilidades de cuidado relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+ experienciados na atenção básica do SUS, no município de São Gonçalo do Amarante.

Objetivo Secundário:

- 1) Analisar como se dão as vivências de pessoas LGBTQIA+ que buscam assistência em saúde por meio da Atenção Básica do SUS, considerando a interseccionalidade entre orientação sexual, raça e gênero.
- 2) Mapear compreensões de profissionais da Atenção Básica do SUS sobre orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes e sobre necessidades de saúde específicas da população LGBTQIA+.
- 3) Identificar desafios e traçar linhas de cuidado junto com usuários e profissionais que atuam na Atenção Básica do SUS, pensando as implicações psicossociais da LGBTQIA+fobia e o enfrentamento desta no SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto indica quanto aos riscos:

Os riscos desta pesquisa podem ser evidenciados a partir da exposição de experiências negativas vivenciadas pelos participantes da pesquisa no contexto da Atenção Básica do SUS. Assim, pode desencadear sentimentos e comportamentos de desconforto e mal estar, antes, durante e depois das entrevistas e do curso de extensão. Todavia, todos os participantes poderão se recusar a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 5.281.895

responder qualquer pergunta ou pedir para que a atividade seja finalizada, ou se ausentar do curso a qualquer momento. A pesquisadora respeitará os limites de cada participante. Os procedimentos utilizados nesta pesquisa seguirão as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e não oferecerão riscos à integridade física, psíquica e moral dos/das participantes. Nenhum dos procedimentos utilizados oferecerão riscos à dignidade do participante. Além disso, será informada ao participante que mesmo ao término de sua medida, está poderá ter suporte de psicologia no Serviço de Psicologia Aplicada da Clínica Escola do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), localizada no endereço: Rua Waldery Uchôa, 3-A, Bairro Benfica, Fortaleza-CE, telefone: (85) 3366-7690.

Benefícios:

Espera-se que esse estudo contribua para a construção de práticas de atenção à saúde de pessoas LGBTQIA+ que não sejam atravessadas por discriminações e estigmatizações, que estejam comprometidas com a atenção integral à saúde de pessoas LGBTQIA+. Também espera-se que mais profissionais sejam capacitados para atuar com pessoas LGBTQIA+, assim como possibilitar maior visibilidade para a temática. Espera-se que a pesquisa possibilite tensionamentos não só para a psicologia, mas para o campo da saúde como um todo. Além disso, é esperado que essa pesquisa contribua para formulações de políticas públicas voltada para a saúde de pessoas LGBTQIA+ sobretudo frente a intolerância à orientações sexuais e identidades de gênero que fogem à cisheteronormatividade compulsória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia da pesquisa, assim como a análise dos riscos e benefícios, demonstram observância dos princípios éticos a serem observados quando da realização de pesquisas na área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória encontram-se de acordo com as exigências deste Comitê.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O colegiado emite parecer favorável à execução da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 5.281.895

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1872491.pdf	19/01/2022 09:59:49		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInstituicao.pdf	19/01/2022 09:59:23	Livia Lima Gurgel	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	JustificativaAssinada.pdf	17/01/2022 15:04:38	Livia Lima Gurgel	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CartaDeSolicitacaoAssinada.pdf	17/01/2022 15:03:46	Livia Lima Gurgel	Aceito
Declaração de concordância	DeclaracaoDeConcordanciaPesquisadoresAssinada.pdf	17/01/2022 15:03:03	Livia Lima Gurgel	Aceito
Outros	CurriculoLattesLLG.pdf	17/01/2022 15:01:06	Livia Lima Gurgel	Aceito
Orçamento	OrcamentoDetalhado.pdf	17/01/2022 14:59:37	Livia Lima Gurgel	Aceito
Cronograma	CronogramaDetalhadoFinal.pdf	17/01/2022 14:57:17	Livia Lima Gurgel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil2021.docx	17/01/2022 14:52:23	Livia Lima Gurgel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEPROJETOLIVIA2021.docx	08/12/2021 14:38:57	Livia Lima Gurgel	Aceito
Folha de Rosto	livia.pdf	08/12/2021 14:35:54	Livia Lima Gurgel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 09 de Março de 2022

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br